MANUALE

DI

OSTETRICIA

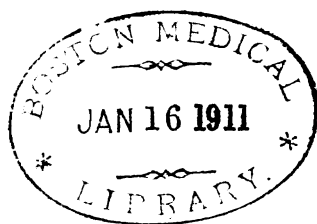
DEL DOTTORE

Angelo Pelliccia

Seconda Edizione riveduta e corretta

LUCCA

COI TIPI DEI FF. DI G. ROCCHI

1851

PREFAZIONE

Non mancano certamente libri d' Ostetricia, nei quali la scienza è discorsa con ampiezza e solidità di dottrina, e copia d' erudizione; onde potrebbe sembrare per avventura abbastanza ricca di lavori scientifici questa delicatissima parte dell' arte di guarire.

Ma un libro, il quale senza dilungarsi in quistioni poco o nulla attinenti alla teoria e pratica dell' arte, raccolga dai migliori maestri il fiore d' ogni dottrina tocologica, i precetti più sani di pratica, e s' accomodi ad un tempo ai giovani chirurghi, e alle levatrici, manca finora alle scuole Italiane. Tal è lo scopo che mi sono prefisso nel libro che presento al Pubblico. Infatti consultando e studiando nei più celebrati trattati di Ostetricia anche i più recenti, vuò dire Capuron, Meriman, Bongioanni, Naegele, Hatin, Dugèz, la Boivin, la Chapelle, Maygrier, senza parlare di Baudelocque, e Stein, dai quali tutti mi sono fatto coscienza d' attingere, si dee

pur dire per amor del vero, che nessuno ha mirato allo scopo che io mi sono proposto; e molti di questi mentre li trovi copiosi per un lato, li trovi manchevoli per altri: frutto dell' incremento, che gli spiriti operosi vanno apportando alle scienze. Un altro scopo che distingue questo lavoro da ogni altro di questo genere, si è di mostrare come, per quanto i moderni abbiano recato nella parte manuale molta semplicità, si possa senza abbandonare la natura, anzi seguendola ed imitandola, semplicizzare anche di più la parte manuale dell' arte. Del che giudicheranno i buoni pratici piuttosto che i cattedratici. Del resto io mi sono astenuto dall' arricchire il lavoro di tavole, le quali estimo affatto inutili. Perocchè per quelle che rappresentano il bacino ed il feto, si può l' uno e l' altro studiare in natura. essendo troppo facile avere, e misurare teste e bacini. Per quelle che riguardano le posizioni del feto, le presentazioni, e le manualità relative, la migliore, anzi unica tavola sarà sempre la macchina ostetrica, e il letto di parto. Il fare sull' esempio di Maygrier un' Ostetricia quasi materiale temerei fosse un disusare le menti da ogni fatica intellettuale, e favorire l' ignavia e l' ignoranza. Piuttosto presenterò una tavola sinottica con intendimento di aiutare la memoria ad ordinare un quadro naturale d' ogni genere di parto, e delle relative indicazioni.

CAP. 1.

Dell' oggetto dell' Ostetricia, del Bacino, e della Pelvimetria.

1. L' Ostetricia insegna la teoria e la pratica dei parti. Laonde questa scienza abbraccia lo studio del bacino, e di ciò che vi si contiene, e specialmente delle di lui relazioni colla testa del feto: lo sviluppo del prodotto del concepimento nell' utero, e i segni che lo indicano; indi il meccanismo impiegato dalla natura per effettuare l' uscita di quello dalle vie della generazione, ed infine i mezzi per soccorrere la donna di parto, e il modo di fare il parto artifiziale, quando la natura è impotente, o devia dall' ordine consueto.

2. Il bacino è una cavità ossea posta alla parte inferiore del tronco, composta di varj pezzi di ossa uniti insieme. Queste sono le due ossa innominate od ilei, il sacro, ed il coccige. Siccome prima della pubertà le ossa innominate sono composte di tre pezzi connessi per tessuto cartilagineo, così conservano anche nell' adulto il nome d' ileo, ischio e pube.

Lasciando all' anatomico la minuta descrizione del bacino, l' ostetrico rimarca in esso all' indietro ed in alto, 1. l' unione della base del sacro coll' ultima vertebra lombare, formante l' angolo, o promontorio sacro-vertebra-

le: 2. i fori sacri anteriori pel passaggio dei nervi sacri anteriori, scolpiti nell' osso, e disposti in modo che si sottraggono alla compressione di un corpo che passi sulla faccia concava del sacro: sui lati 3. la cresta degli ilei, e la loro spina anteriore superiore: 4. la fossa iliaca interna: 5. la spina dell' ischio: 6. la tuberosità dell' ischio: 7. il grande e il piccolo ligamento sacro-ischiatico: 8. la grande e la piccola incavatura sacro-ischiatica. In avanti 9. il ramo orizzontale del pube e la sua spina: 10. Il ramo discendente del pube, e l' ascendente dell' ischio destri e sinistri, che insieme formano l' arco del pube: 11. la cavità cotiloidea: 12. il foro ovale.

3. In avanti l' unione dei due ossi del pube (sincondrosi) si fa per mezzo d' interposta fibrocartilagine, e di cartilagine, umida di sinovia: posteriormente l' unione delle facce degl' ilei colle facce laterali del sacro (sinfisi sacro iliaca) si fa per incastro, cioè per mezzo di risalti e corrispondenti fossette incrostate di cartilagine bagnate pure di sinovia. L' unione della sommità del sacro colla base del coccige è pure cartilaginea e ligamentosa. Oltre l' unione propria, ciascuna di queste sinfisi è rafforzata per di fuori da fasce ligamentose, cioè il ligamento triangolare al principio superiore dell' arco del pube, fibre ligamentose che s' incrociano fittamente dinanzi al pube; il ligamento ileo-lombare; il grande e il piccolo sacro-ischiatico.

4. Evvi un contorno osseo, il quale dal mezzo del promontorio sacro vertebrale scende obliquamente sull'orlo inferiore della fossa iliaca, e percorrendo sul ramo orizzontale del pube, va a terminare dal lato opposto all'angolo anzidetto. La cavità posta al di sopra di questo contorno, amplamente interrotta in avanti da grande incavatura è il bacino maggiore; quella situata al di sotto è il piccolo bacino, il quale merita di essere studiato. Questi non essendo nè perfettamente rotondo nei suoi margini, nè perfettamente cilindrico nella sua profondità, dee avere dimensioni diverse da un dato punto andando verso l'opposto. Quindi si divide in distretto superiore o addominale che ne forma l'ingresso, ed è il contorno anzidetto dividente il grande dal piccolo bacino; in distretto inferiore o perineale che ne forma l'uscita, e in parte media che, essendo più larga dei due distretti o contorni, dicesi escavazione. Ogni distretto presenta varii diametri di differente misura. Nel distretto superiore il diametro che dall'angolo sacro-vertebrale scende alla sommità della sincondrosi del pube dicesi longitudinale o sacro-pube, o antero-posteriore; la sua estensione è di quattro pollici. Un altro diametro si misura da una fossa iliaca all'altra lateralmente, e dicesi trasversale; ha cinque pollici sullo scheletro. Due altri diametri partono ciascuno da una delle cavità cotiloidee presso l'eminenza ileo-pettinea per dirigersi verso la sinfisi sacro-iliaca opposta, e diconsi

diametri obliqui. La loro misura è di q
pollici e mezzo.

Nel distretto inferiore l'ostetrico con
due soli diametri, il longitudinale o pub
cigeo, che va dalla sommità dell'arco d
be al coccige: il trasversale da una tub
tà ischiatica all'altra. Tutti hanno pre
poco la lunghezza di quattro pollici;
pube-coccigeo può acquistare, e acquis
fatto nell'atto del parto una maggior este
ne per il retrocedimento del coccige. La
si vede che la disposizione dei diametri
gitudinali è affatto contraria nei due di
ti, perchè nel distretto superiore *il l*
tudinale è il più piccolo di tutti, è il
grande nel distretto inferiore.

L'escavazione ha quattro facce: alqu
incavata l'anteriore; la posteriore concav
due laterali formano da ciascun lato due
ni inclinati, uno in avanti, uno all'indie
molto acconci a compartire un moto ro
rio alla testa del feto scendente nel parto
lunghezza della faccia anteriore è diciott
nee; quella de' lati tre pollici circa, q
del sacro da' quattro a' cinque pollici, ci
prima la metà delle due laterali, e un t
della posterore; e se varia la lunghezza del
na, varia in proporzione ciascuna delle a
La grossezza della sinfisi del pube è di
linee circa; quella dell'angolo sacro-verte
le due pollici e mezzo. L'arcata del pub
vente quattro pollici in basso, va decresc
do e restringendosi fino a quindici linee

a distanza fra una spi-
eriore della cresta ilia-
lato è di nove o die-

zione della donna il
ebrale è più alto del
ell' arco del pube più
ccige, così i due di-
ta direzione ed *incli-*
che ogni distretto dee
rio, e che una linea
dal centro dell' esca-
' uno e l' altro distret-
di uno di essi, non
o dell' altro; e volen-
dell' uno e dell' al-
' incontrano ad angolo
e perciò vedesi chia-
l distretto superiore è
ta del coccige si di-
na; l' asse del distret-
che dal di sotto del-
e passando fra le tu-
a terminare al centro
importanza la cogni-
si per capire il mec-
ale, e la direzione da
umenti, e al corpo del
manuali e strumentali.
nsioni del bacino mu-
trutto. Ma pur troppo
le sue forme naturali
difetti: difetti di ec-

diametri obliqui. La loro misura è di quattro
pollici e mezzo.

Nel distretto inferiore l'ostetrico considera
due soli diametri, il *longitudinale* o pube-coc-
cigeo, che va dalla sommità dell'arco del pu-
be al coccige: il traversale da una tuberosi-
tà ischiatica all'altra. Tutti hanno presso
poco la lunghezza di quattro pollici; ma
pube-coccigeo può acquistare, e acquista
fatto nell'atto del parto una maggior estensi-
ne per il retrocedimento del coccige. Laon
si vede che la disposizione dei diametri lo
gitudinali è affatto contraria nei due distr
ti, perchè nel distretto superiore *il lon*
tudinale è il più piccolo di tutti, è il pi
grande nel distretto inferiore.

L'escavazione ha quattro facce: alquan
incavata l'anteriore; la posteriore concava;
due laterali formano da ciascun lato due
ni inclinati, uno in avanti, uno all' indietr
molto acconci a compartire un moto ro
ro alla testa del feto scendente nel parto
lunghezza della faccia anteriore è diciott
nee: quella de' lati tre pollici circa, qu
del sacro da' quattro a' cinque pollici, ciò
prima la metà delle due laterali, e un
della posteriore; e se varia la lunghezza del
ro, varia in proporzione ciascuna delle
ne. La grossezza della sinfisi del pube è d
linee circa; quella dell'angolo sacro-vert
le due pollici e mezzo. L'arcata del pu
vente quattro pollici in basso, va decr
do e restringendosi fino a quindici line

La distanza fra una sp
periore della cresta ili
lato è di nove o die

azione della donna i
ebrale è più alto del
dell' arco del pube più
ccige, così i due di-
ta direzione ed incli-
che ogni distretto dee
rio, e che una linea
dal centro dell'esca-
uno e l'altro distret-
di uno di essi, non
o dell'altro; e volen-
dell'uno e dell'al-
incontrano ad angolo
e perciò vedesi chia-
l distretto superiore è
nta del coccige si di-
na; l'asse del distret-
che dal di sotto del-
e passando fra le tu-
a terminare al centro
importanza la cogni-
ssi per capire il mec-
rale, e la direzione da
umenti, e al corpo del
manuali e strumentali.
ensioni del bacino mu-
trutto. Ma pur troppo
le sue forme natural
difetti: difetti di e

diametri obliqui. La loro misura è di quattro pollici e mezzo.

Nel distretto inferiore l'ostetrico considera due soli diametri, il longitudinale o pube-coccigeo, che va dalla sommità dell'arco del pube al coccige: il trasversale da una tuberosità ischiatica all'altra. Tutti hanno presso a poco la lunghezza di quattro pollici; ma il pube-coccigeo può acquistare, e acquista di fatto nell'atto del parto una maggior estensione per il retrocedimento del coccige. Laonde si vede che la disposizione dei diametri longitudinali è affatto contraria nei due distretti, perchè nel distretto superiore il longitudinale è il più piccolo di tutti, è il più grande nel distretto inferiore.

L'escavazione ha quattro facce: alquanto incavata l'anteriore; la posteriore concava; le due laterali formano da ciascun lato due piani inclinati, uno in avanti, uno all'indietro, molto acconci a compartire un moto rotatorio alla testa del feto scendente nel parto. La lunghezza della faccia anteriore è diciotto linee; quella de' lati tre pollici circa, quella del sacro da' quattro a' cinque pollici, cioè la prima la metà delle due laterali, e un terzo della posterore; e se varia la lunghezza dell'una, varia in proporzione ciascuna delle altre. La grossezza della sinfisi del pube è di sei linee circa; quella dell'angolo sacro-vertebrale due pollici e mezzo. L'arcata del pube avente quattro pollici in basso, va decrescendo e restringendosi fino a quindici linee cir-

ca al suo principio. La distanza fra una spina iliaca anteriore superiore della cresta iliaca e quella dell' altro lato è di nove o dieci pollici.

5. Siccome nella stazione della donna il promontorio sacro-vertebrale è più alto del pube, e la sommità dell' arco del pube più alta della punta del coccige, così i due distretti hanno una opposta direzione ed inclinazione: onde ne viene che ogni distretto dee avere un asse suo proprio, e che una linea perpendicolare, la quale dal centro dell' escavazione si diriga verso l' uno e l' altro distretto, se traversa il centro di uno di essi, non possa traversare il centro dell' altro; e volendo che passi nel centro dell' uno e dell' altro, allora trovasi che s' incontrano ad angolo ottuso nell' escavazione: e perciò vedesi chiaramente, che l' asse del distretto superiore è una linea che dalla punta del coccige si dirige al bellico della donna; l' asse del distretto inferiore è una linea che dal di sotto dell' angolo sacro vertebrale passando fra le tuberosità ischiatiche va a terminare al centro della vulva. È di grande importanza la cognizione di questi due assi per capire il meccanismo del parto naturale, e la direzione da darsi alla mano, agli strumenti, e al corpo del feto nell'eseguire i parti manuali e strumentali.

6. Tali sono le dimensioni del bacino muliebre regolarmente costrutto. Ma pur troppo questo può deviare dalle sue forme naturali e regolari presentando difetti: difetti di ec-

cessiva ampiezza, difetti di eccessiva strettezza, difetti di proporzione fra i diametri, o difformità. Il bacino troppo amplo dispone l'utero al prolasso, all'obliquità, all'inerzia, al parto precipitoso ec. È troppo facile il prevedere li effetti di un bacino o troppo angusto, o difforme sul parto.

Il bacino trovandosi fra il peso della colonna vertebrale, alla quale serve di fondamento e sostegno, e posando esso stesso sulla testa del femore, diviene centro di pressioni diuturne tanto delle parti sovrastanti, quanto di quelle che sono al di sotto di esso; onde se non ha acquistato bastante solidità, è obbligato a cedere e a difformarsi.

Il tenere troppo strettamente fasciati i bambini; il farli camminare troppo presto coi legami a cinge sotto le ascelle; e il tenerli troppo a lungo nella stessa positura, e specialmente seduti a malincuore per ore di seguito; troppo strettamente ed a lungo serrati al petto della nutrice, cagionano i vizj del bacino; ma sovra tutto poi la rachitide nei bambini, e l'osteomalacia in donna adulta.

Il bacino si vizia in varie forme e maniere. Ora le anche sono una più alta e una più bassa; ora piegate indentro, ora indietro; ora è l'angolo sacro-vertebrale spinto indentro; ora la sinfisi del pube, dando al diametro longitudinale una strettezza straordinaria; ora le cavità cotiloidi intropresse diminuscono e sformano i diametri obliqui; ora le tuberosità ischiatiche cacciate verso il centro del

distretto inferiore diminuiscono il diametro trasverso di esso. È raro che ambo i distretti sieno a un tempo viziati: ma quando è difettoso l'uno, l'altro suol essere ben conformato.

7. Si comprende di leggieri la necessità di avere esatta contezza della forma e delle dimensioni del bacino; dacchè da ciò dipende l'esito del parto, e quindi dal giudizio dell'ostetrico il togliere, o compartire alla donna il diritto di divenir madre; onde la pelvimetria è parte dilicatissima di ostetricia.

Per giudicare della conformazione del bacino si comincia dall'esplorazione esteriore, palpando successivamente tutt'intorno questa cavità. Le anche ben rotonde, ed espanse infuori, situate a livello l'una dell'altra; il pube nè troppo appianato, nè troppo sporgente in punta; la faccia posteriore del sacro nè troppo convessa, nè poco; gl'inguini tra loro simmetrici sono segni di buona conformazione di bacino. Per contrario una depressione considerabile dietro la base del sacro; la sua faccia posteriore quasi piatta, o troppo convessa col coccige troppo in avanti verso il centro; gl'inguini depressi e infossati indentro, unitamente agli altri caratteri anzidetti di un bacino viziato, denotano mala costruzione. Acquistata poi con questa prima ispezione un'idea approssimativa della grandezza de' diametri, per determinare, se fia duopo, i gradi di dimensione di essi, si procede a misura geometrica, ed a ciò si adopera

il compasso di proporzione, o di Baudelocque, e con esso si misura la distanza fra le spine anteriori superiori degl' ilei (§. 4.) il diametro longitudinale superiore, il trasverso inferiore. Per misurare il primo di questi si applica il bottone di una estremità al pube (schiacciando prima colla punta d' un dito la pinguedine del pettignone) e l' altro al centro della depressione lombare, passando le branche fra le cosce, o sotto una cresta iliaca: allora si sottraggono dal resultato tre pollici (§ 4.) per la grossezza del pube e della base sacro-lombare, e il residuo è la misura del diametro. Per misurare il trasverso inferiore si situa la donna coccolone, o giacente supina colle cosce flesse sul ventre, e si applicano le punte bottonate sulle tuberosità ischiatiche. Ma bisogna inoltre, se il pudore e lo stato della vagina il consentono, procedere all' esame interno del bacino, perchè quantunque ben conformato al di fuori, potrebbe essere occupato da esostosi o altri tumori che ne ristringano i diametri; nè il compasso si può applicare esattamente alla misura di ogni diametro. Lo strumento di Cotouly, ed ogni altro inventato per l' interna esplorazione del bacino sono inutili e ingiuriosi alle parti: il miglior pelvimetro è il dito, il quale passeggiando successivamente in tutta l' interna cavità, fa sì che con un solo esame si conosca appieno il bacino. S' introduce pertanto, prima unto, l' indice in vagina fino ad aggiun-

gere l' angolo sacro vertebrale, e marcando colla punta di un dito dell' altra mano sul bordo radiale rivolto in alto del dito introdotto contro il pube la lunghezza del dito penetrata, si sottraggono sei o otto linee per la sinfisi del pube, e il residuo è la misura del diametro sacro-pube. Lo stesso dito situato alla foggia stessa cioè colla base contro il principio dell' arco del pube, e il bordo radiale in alto, e coll' apice puntato contro l' acume del coccige misura la grandezza del diametro pube-coccigeo, e trasportandolo da una tuberosità ischiatica all' altra dà idea della lunghezza del trasverso.

8. Il bacino coperto al di fuori di parti molli, e specialmente de' muscoli che vi si attaccano, è nel suo interno occupato da molte parti interessanti. Oltre il sistema generativo che descriveremo, vi si contengono 1. i muscoli psoas ed iliaco interno, che scorrono sui lati dello stretto addominale, e sortono da esso per l' arcata crurale per andare ad attaccarsi con tendine comune al trocantere minore. In virtù dunque di questi il diametro osseo trasversale perde un pollice di lunghezza e forse più, e qualche cosa pure scapitano i diametri obliqui all' indietro: 2.° i nervi sacri, onde il plesso ischiatico, il nervo crurale e l' otturatore: 3.° i vasi iliaci arteriosi e venosi, e i linfatici colle respettive ghiandole: 4.° la vescica orinaria in avanti: 5.° l' intestino cieco a destra, il co-

lon iliaco, e il retto a sinistra, e dietro l'utero.

Inferiormente la cavità è chiusa da un piano ovale formato dai ligamenti sacro-ischiatici, dai muscoli elevatori dell'ano, sfintere dell'ano, trasversi del perineo, ischio cavernoso, ischio coccigeo, costrittori della vagina, e tessuto cellulare.

CAP. 2.

Delle parti sessuali della donna e di alcune loro alterazioni.

9. Le parti genitali della donna sono in parte accessibili all' occhio, e in parte nascoste entro la cavità del piccolo bacino. Quindi si dividono in esterne ed interne.

10. Guardando le parti pudende della donna apparisce una lunga fenditura detta la vulva, che scende dalla sommità del pube verso l'ano in direzione parallela al diametro pube-coccigeo, definita da ambo i lati da due eminenze longitudinali, che diconsi le grandi labbra. Queste cominciano in alto al di sotto di una prominenza più o meno pronunziata dinanzi al pube, grassosa, ricoperta di pelo nelle puberi, detta il pettignone, o monte di Venere. Grosse e paffute al principio, sempre più tenui e sottili scendendo l'una a contatto dell' altra vanno a terminare con unione scambievole, detta la commessura posteriore delle gran labbra, al principio del perineo, ove per l'incontro della pelle introflessa dell' una con quella dell' altra formano una lieve duplicatura semilunare detta la forchetta o frenulo. Son composte di pelle all' esterno essa pure pelosa, di una membrana mucosa vermiglia

dilicata all' interno, ove si toccano, e di un tessuto pinguedinoso interposto.

Divaricando le grandi labbra si presentano all' occhio i seguenti oggetti: 1. la clitoride: 2. le ninfe: 3. il vestibulo: 4. il meato orinario: 5. l' imene, o le caruncole mirtiformi: 6. l' orifizio della vagina: 7. la fossa navicolare.

1.° La clitoride è un corpicciuolo cilindrico situato sotto la commessura superiore delle gran labbra al di sopra del vestibulo: è composto di un glande che forma la sua estremità libera, e d' un piccolo corpo cavernoso simile a quello del pene, attaccato con doppia radice alle branche del pube, e sostenuto dal suo ligamento; quindi suscettivo di erezione: è coperto da una duplicatura della membrana mucosa, che le serve quasi di prepuzio.

2.° Il quale dà attacco o principio a due prolungamenti penduli dall'avanti indietro, vermigli, simili ad una cresta di gallo, che sono le piccole labbra, o ninfe. Esse discendono allontanandosi l' una dall' altra, per andare a terminare perdendosi verso la metà del contorno dell' orifizio della vagina. Sono una duplicatura dell' interna membrana delle labbra grandi, e sembrano destinate a raccogliere e dirigere il getto dell' orina all' atto che esce dal meato orinario, il quale è ad esse sottoposto.

3.° Il vestibulo è un piccolo spazio triangolare compreso fra la clitoride e il meato orinario nell' intervallo delle ninfe. Per lo più

cosperso di umore sebaceo addensato nelle donne impure.

4.° Il meato orinario situato fra le ninfe è il termine del canale dell' uretra, circondato da una eminenza bernoccoluta, rossastra, piena di cripte o follicoli mucosi. L' uretra è lunga un pollice, diretta obliquamente dall' avanti indietro, un poco all' alto, quasi verticale però sul fine della gravidanza, ampla, connessa in avanti colla sinfisi del pube, indietro ed in basso colla parete anteriore della vagina: termina e si continua nel collo della vescica.

5.° L' orifizio della vagina posto al di sotto del meato anzidetto è irregolarmente rotondo, o bislungo dall' alto al basso, dall' avanti all' indietro; coperto dall' imene nelle vergini.

6.° L' imene è un sottile setto membranoso per lo più semilunare colle corna libere in alto, posto all' ingresso della vagina, custode e simbolo, quando esiste, della verginità fisica: talvolta rotondo con foro nel centro per il passaggio dei mestrui.

Nelle donne deflorate esistono in luogo dell' imene da tre a cinque piccole eminenze rotonde liscie vermiglie, dette caruncole mirtiformi, che si credono gli avanzi o lembi dell' imene lacerato. Lo chè è falso, perchè questi tubercoli sopravanzano in grossezza le reliquie superstiti di quella tenue membrana. Sembra che siano un rigonfiamento della mucosa, prodotto forse dai moltiplicati atti venerei, e dall' orgasmo abituale delle parti; tanto

più che si fanno sempre più cospicue fino ad una certa età, e sono più appariscenti nelle donne che si abbandonano all'estro venereo.

7.° La fossetta navicolare è un infossamento che rimane fra la parte posteriore dell'orifizio vaginale e la forchetta.

Il perineo è quello spazio quadrangolare cutaneo compreso fra la commessura inferiore o termine della vulva e l'ano. È divisa da sutura longitudinale detta rafe in due metà eguali: lungo un pollice circa.

11. Le parti sessuali interne sono la vagina, l'utero, le tube e le ovaia.

1.° La vagina è un canale membranoso, il quale stabilisce comunicazione fra la vulva e l'utero. Situata nella piccola pelvi si estende dall'utero all'orifizio vaginale, che è il suo principio. Laonde la sua estremità si connette, ed abbraccia il collo dell'utero, il quale pende libero in mezzo ad essa. La stessa estremità è chiusa da un lembo del peritoneo, il quale scendendo alquanto vi passa sopra coprendola tutt' intorno. È osservabile che la parete posteriore del canale si estende di più in alto che l'anteriore più corta, come se il canale fosse tagliato in isbieco o a becco di flauto; disposizione, la quale fa sì che resti nel suo estremo superiore posteriore un cul di sacco debolmente chiuso dal peritoneo che sostiene il canale, ove uno strumento ostetrico mal diretto può agevolmente indurre lacerazioni. E connessa indietro coll'intestino retto, in avanti coll'uretra, e collo della vesci-

ca che gli soprasta. La forma è quasi cilindrica, compressa dall'avanti all' indietro, concava leggermente in avanti. La lunghezza di sei o sette pollici; più lunga però nelle gravide. È costrutta d' uua membrana mucosa internamente coperta di sottile epidermide, umida di muco perpetuo: esternamente alla mucosa evvi un sottile strato di tessuto erettile; il quale intorno all' orifizio facendosi più grosso, ed espandendosi forma un plesso retiforme: nè manca il muscolo costrittore: questo e quello ristringono l' ostio vaginale provvisoriamente. La mucosa è disposta in pieghe, o rughe trasversali incrociantisi con colonne longitudinali anteriori e posteriori, le quali spiegandosi compartono al canale una ampiezza molto maggiore.

2.° L' utero è un viscere cavo situato nella piccola pelvi fra l' intestino retto indietro, e la vescica in avanti. La sua figura è schiacciata, simile quasi ad una pera, o triangolare con angoli ottusi. Perciò vi si distingue un *collo* in basso, un *fondo* in alto col *corpo* nel mezzo. La sua lunghezza di tre pollici circa, la larghezza di due verso il fondo, di uno nel collo: l' altezza delle pareti d' un pollice. Il fondo è rotondeggiante: il collo un cono troncato, lungo 10 o 12 linee. La estremità del collo presenta una apertura definita da due bordi, uno posteriore, l' altro anteriore, più grosso e più lungo del primo: in questo modo la parte raffigura quasi e dicesi *muso di tinca*, e quell' apertura è l' orifizio ester-

no del collo dell' utero: ha forma di scissura trasversale nelle donne che non hanno partorito; divien rotonda irregolare e semi-aperta in quelle che hanno più volte figliato. Aprendo l'utero si trovano due cavità, una triangolare che è la cavità del corpo: ai lati del suo fondo due forellini esilissimi, che sono il termine delle tube Falloppiane: la cavità costa di due pareti a contatto, ed irrorate da un umidore mucoso: i lati si vanno ristringendo e convergendo, a misura che discendono a seconda della figura piriforme del viscere, finchè si ristringono in un colletto, che è l' orifizio interno del collo dell' utero. Da questo si entra in altra più piccola cavità fusiforme bislunga, definita in alto dall' orifizio interno anzidetto, in basso dall' orifizio esterno del muso di tinca: è questa la cavità del collo: l' una e l' altra sono coperte di una membrana mucosa, continuazione di quella della vagina: esternamente a questa è il tessuto proprio dell' utero, bianco, fitto, apparentemente membranoso, ma contrattile. Esternamente il viscere è avvolto dal peritoneo, il quale dopo di essere disceso sulla faccia anteriore del retto intestino, si ripiega in alto, cuopre gran parte della faccia posteriore di questo viscere per discendere nuovamente sull' anteriore, e risalire poi sulla posteriore della vescica, interponendosi a quello e a questa. Così l' utero nella sua faccia esterna è tutto avvolto fino verso il collo nelle falde del peritoneo, il quale forma il suo esteriore invoglio sieroso.

Dalla quale disposizione del peritoneo risultano due larghe addoppiature a guisa di ali ample piane, dividenti il piccolo bacino in due metà, anteriore e posteriore, le quali sono i legamenti lati dell' uttero: onde questi non sono che una duplicatura del peritoneo, attaccati col loro margine interno ai lati del corpo e fondo dell' utero, coll' esterno a quelli del bacino.

3. Il margine superiore di essi contiene nell' addoppiatura le tube destra e sinistra: canale strettissimo, esteso dai lati dell' utero fino ai lati del margine pelvico, che si apre, come si disse, con una estremità interna nell' angolo superiore dèll' utero: l' altra esterna, espansa, detta padiglione delle tube, è frastagliata in più lembi, e alcuno di questi abbraccia l' ovaia. La loro struttura è di una sottile membrana interna, di un' esterna data dal peritoneo, come si disse, e di un sottile tessuto vascolare erettile interposto.

I legamenti rotondi sono due cordoni cellulo-vascolari, che dai lati superiori dell' utero al di sotto dell' origine delle tube ascendono portandosi dall' interno all' esterno, e dal di dentro al di fuori traversano l' anello inguinale, per andare ad impiantarsi, sciogliendosi in varj fascetti, nel tessuto pinguedinoso della parte superiore delle gran labbra.

4. Le ovaja sono due corpicciuoli subrotondi alquanto schiacciati, della grossezza di un uovo di piccione, posti dietro l' ala posteriore del ligamento largo. Il colore è rossi-

gno, la superficie granellosa. Con una estremità esterna sono connesse colla fimbria delle tube, che si ripiega per abbracciarla: l'altra interna si continua per mezzo di un suo ligamento lungo sottile, situato dietro l'ala posteriore del ligamento largo, e con questa connesso, fino ai lati superiori dell'utero presso l'inserzione delle tube, ove s'impianta. L'ovaja è composta di racemi della grossezza di un grano di miglio, o di vescichette unite insieme per tessuto celluloso.

Il corpo luteo è una macchia giallastra che si riscontra sull'ovaja delle femine state madri. Si dice, il numero dei corpi lutei corrispondere a quello dei parti, dei quali si è sgravata la femina. Onde si crede non esser altro che le cicatrici dello squarcio della vescichetta rottasi all'atto del concepimento, per dare uscita al germe fecondato.

12. Tutto l'apparecchio genitale acquista maggiore sviluppo, e si prepara alla grande opera a cui è destinato, all'appressarsi della pubertà. L'ovaja sono appena visibili nell'infanzia. L'utero cresce allo stabilirsi del flusso mestruo, la sua superficie interna si fa rossa; scolorasi di nuovo e avvizzisce nell'età avanzata.

13. L'utero suol esser l'organo ove si sviluppa, cresce e matura il germe fecondato, e l'organo che per propria forza lo espelle. Ma siccome osserviamo talvolta svilupparsi il germe nelle tube, altre volte nell'ovaja, tal altra nel basso ventre, queste stesse aberra-

zioni patologiche ci hanno additato il cammino che segue il germe fecondato. Laonde pare, malgrado le opinioni di Prevost e Dumas, che l' atto della fecondazione intervenga nell' ovaja, di dove staccandosi l' uovo fecondato, scenda lungo le tube nella cavità uterina, ove rimane fino al termine della gravidanza. Ma se è facile seguire il cammino del germe fecondato, e distinguere la parte e l'uffizio che l' ovaja, le tube e l' utero prendono all' atto generativo, non è del pari agevole penetrare il modo, onde succede questo grande fenomeno, che ha tanto e sì lungamente piccato la curiosità dei fisiologisti da Aristotile fino a' dì nostri, e che è stato oggetto di ricerche sperimentali e di disputazioni infinite. Tre sistemi dividono l' opinione dei fisiologi, cioè quello dei seministi, degli animalisti, e degli ovisti. Quest' ultima è quella che, appoggiata massimamente ad una serie di esperienze fatte prima da Haller sul pulcino, indi da Bonnet, e infine da Spallanzani sugli ovipari e sui vivipari, si concilia un credito di tanto maggiore di quella dei zoospermi promulgata da Lewenoech, Darwin, e da altri seguita; e dell'altra, detta dell' epigenesi, sostenuta da Buffon (benchè da esso abbellita dei fiori dell' eloquenza) di quanto le esperienze prevalgono alle immaginazioni.

14. Le parti generative brevemente descritte, soggiacciono a delle alterazioni, molte delle quali, avendo relazioni coll' ostetricia, è duopo accennare. L'ovaja degenerano, o son se-

de di tumori, d'idatidi d'enorme volume. Le tube si obliterano o per intasamento, o per adesione di pareti. L'utero talvolta si converte in massa solida, informe senza cavità: è bilobato o biventre: ossificato: incrostato di smalto e di concrezioni calcaree: soggetto ad obliquità singolarmente a destra e in avanti: alla retroversione e all'antiversione. Nell'antiversione il fondo del viscere guarda il pube, e nella retroversione l'osso sacro: in ambo l'asse longitudinale del viscere diviene orizzontale: l'una e l'altra impossibile, o rara nella gravidanza, fuorchè in principio. La retroversione, peggiore dell'antiversione, perchè il retto e il colon ripieni gravitando sul fondo lo spingono sempre più nell'escavazione, e innalzano il collo, ajutati in ciò dalla vescica ripiena; mentre operano il contrario nell'antiversione: onde favoriscono in questa, contrariano in quella il raddrizzamento del viscere. Il collo dell' utero può essere scirroso, ingrossato, ipertrofico, allungatissimo in vagina da simulare prolasso di utero: chiuso il suo orifizio interno, più spesso l'esterno. La vagina può esser canale cieco terminante in cul di sacco, imperforata per imene grosso: callosa, ristretta per cicatrice, doppia, o bipartita da un tramezzo che continua fino all'apertura uterina: aperta nell' intestino retto. Le Ninfe sono sovente allungate. Il clitoride talvolta lungo, grosso da emulare un pene maschile; soggetto a cancro. Le grandi labbra gonfie per edema, per flemmone, per tumore cistico, per varici.

CAP. 3.

Della gravidanza.

15. La gravidanza dividesi in vera e falsa. Nella falsa l'utero contiene acqua (idrometra) o gaz (fisometra) o concrezioni polipose, sangue coagulato, idatidi, mole: e qualsivoglia altra produzione od affezione morbosa sviluppata nell' utero e sue adiacenze può simulare gravidanza. Alcune di queste sono vere malattie dell' utero; altre sono il prodotto di un concepimento arrestato e turbato nel suo corso, per cui l' embrione è stato distrutto: tale è la mola, o guasto germe; la quale non è che una massa aderente alle pareti dell' utero, procedente dall' embrione distrutto, e che continua a vegetare, avente diverse apparenze. Per lo più è una massa carnosa con una cavità nel mezzo ripiena di fluido chiuso in sottili membrane. La mola non soggiorna nell' utero oltre il quarto mese di gestazione, dacchè allora l' utero si contrae per espellerla, e la sua espulsione è sovente preceduta, e sempre accompagnata da emorragia. Il sangue lungamente trattenuto nell' utero ha l' apparenza di una mola, ma gittato nell' acqua calda si scioglie, mentre la mola assog-

gettata allo stesso sperimento manifesta la sua tessitura organica e fibrosa.

16. La gravidanza vera può essere, come è noto, *semplice* o *composta* di più feti; e può essere ancora *complicata* con altre affezioni uterine. Inoltre può essere *uterina* ed *extra uterina*, e questa aver sede o nelle tube, o nelle ovaja, o entro l'addome. A stento distinguesi dall' uterina, se non che a gravidanza inoltrata la mancanza dei cambiamenti del collo dell'utero, proprii della gravidanza uterina, e la oscurità del ballottamento possono chiarire la diagnosi. Nella gravidanza extra-uterina il feto non giunge quasi mai all'intero suo sviluppo. La natura sconta il suo errore per lo più colla morte del feto non senza gravi pericoli della madre. Alle volte il feto cade in marcimento, infiamma e fa suppurare le parti vicine, presentandosi vasti ascessi alle regioni iliache, d'onde sortono i frantumi del feto putrefatto. Talvolta sono stati eliminati scheletri di feti dall'intestino retto. Altre volte si trova il feto ossificato, atrofico; altre volte si rompe la cisti sua, il feto cade nel ventre con morte repentina di esso e della madre.

17. I primi segni presuntivi della gravidanza si deducono dalla perturbazione di molte funzioni della donna. Tali sono le nausee, i vomiti, l'avversione ad alcuni cibi, il desiderio di altri talvolta stravagantissimi, il ptialismo, la soppressione dei mestrui, i deliquj, l'accresciuta sensibilità; talvolta le palpitazioni, la difficoltà del respiro, l'ansietà, il

dolor de' denti, l' afonìa, il cambiamento del morale ec. Questi primi segni sono incertissimi, perchè si ha sovente gravidanza senza che appaia alcuno di essi; inoltre possono essi dipendere da tutt' altra causa che la gravidanza: e siccome questi si argomentano per illazione da sconcerti morbosi, diconsi razionali. Altri segni esistono che cadendo sotto i sensi diconsi sensibili, e di questi, non avendo tutti l' istesso valore nel dinotare lo stato di pregnezza, alcuni sono sintomi probabili, altri caratteristici. Sono segni sensibili probabili il gonfiarsi delle mammelle coll'areola azzurrina, il volto cambiato o coperto d' impetigini (effelidi) il gonfiamento del ventre dipendente da quello dell' utero, e dagli altri suoi cambiamenti.

L' utero nei due primi mesi della gravidanza resta nel bacino, anzi si abbassa un poco, e discende col suo collo verso la vagina; ma al terzo mese comincia a toccare il pube col suo fondo; alla fine del quarto lo sorpassa di due dita traverse; al quinto è alquanto sotto l' ombellico; fra il quinto e il sesto dirimpetto ad esso; al sesto un poco al di sopra; al settimo nella regione epigastrica; all' ottavo sale fino all' appendice zifoide, toccando col fondo il diaframma, ove rimane stazionario, e di nuovo discende nel nono. È facile concepire, che il vario sviluppo del feto, la variabile quantità di acqua devono far variare questi termini nei respettivi periodi di gravidanza.

L' utero si fa rotondo nei primi mesi, ellittico in progresso, e torna rotondo sul fine della gravidanza per lo sviluppamento del suo collo. Imperciocchè fino al sesto mese l' ingrandimento dell' utero si fa tutto a spese del suo corpo; in seguito comincia a contribuirvi anche il collo, il quale perciò a gravidanza inoltrata si ammollisce, si accorcia, si assottiglia, e a poco a poco sparisce.

L' orifizio esterno dell' utero, che in stato di vacuità rappresenta una scissura trasversale, diviene circolare almeno nelle primipare.

L' interna cavità triangolare si modella alla forma ovale del feto.

L' aumento dell' utero nella gravidanza essendo l' effetto di uno stimolo ivi chiamato dal prodotto del concepimento, è un processo vegetativo, una espansione attiva avente i caratteri e i prodotti del processo flogistico. Di fatto le sue pareti si allungano e si allargano senza assottigliarsi, anzi si fanno più grosse a misura che il viscere cresce di capacità; i vasi sottili ripiegati a foggia di rete inestricabile, si allungano si addrizzano e si allargano prodigiosamente; e però questo ingrandimento dei vasi, effetto dello stimolo dell' uovo, diviene esso stesso causa di nuovo ingrandimento per l' accresciuto stimolo e copia del sangue. Similmente il tessuto intervascolare prima appena dotato di tonicità, fitto, bianco ed elastico, si spiega in vero tessuto muscolare rosso, e dotato di una eminente contrattilità. Ed una prova ulteriore, che

l' utero si dilata per forza propria, per l' aumentato stimolo fisiologico, e non per distensione passiva si è che egli cresce subito che sente la prima impressione del germe e prima che questo abbia volume sensibile. Solo a gravidanza inoltrata è credibile che l' azione dilatante dell'uovo contribuisca pure all' ingrandimento del viscere.

L' utero cambia altresì di direzione acquistando diversi gradi e modi di obliquità, e singolarmente l' obliquità in avanti, e l' obliquità a destra. L' obliquità anteriore è un effetto della naturale inclinazione del bacino, della lassezza delle pareti addominali, della convessità anteriore della colonna lombare: onde i primi gradi della inclinazione dell' utero in avanti sono naturali, ed eziandio utili, perchè rendono l' asse dell' utero parallelo all' asse dello stretto superiore, condizione favorevole anzi necessaria al parto. Si crede che l' obliquità a destra dipenda dalla pressione diuturna dell' intestino retto ed estremo inferiore del colon sul globo uterino nei primi mesi della gravidanza, onde n' è spinto il fondo verso il lato destro, o dall' uso prevalente del braccio destro. Non si dee giudicare dalla situazione del collo di quella del fondo, perchè quantunque sia vero che il più delle volte l' uno inclini in senso opposto all' altro, talvolta il collo si ripiega sul corpo a guisa di un becco ricurvo rimanendo nel centro del bacino, mentre il fondo è dallo stesso lato. Le altre specie di obliquità ammesse dagli au-

tori se pure esistono, sono prodotte da cause accidentali morbose, come tumori nell' addome, nell' ovaja, l' abitudine o la necessità di coricarsi sur un lato. Quali siano gli effetti dell' obliquità dell' utero nella gravidanza, e quali nell' atto del parto è facile a concepirsi: quali i soccorsi lo vedremo più oltre.

Tutti gl' indicati cambiamenti dell' utero, quantunque mettano quasi in essere la gravidanza, e singolarmente quando l'addome comincia ad alzarsi in punta, lasciando un vuoto verso i lombi, tuttavia non la chiariscono del tutto, nè giovano a distinguere la falsa dalla vera. Della quale l' unico indizio caratteristico e certo sono i moti spontanei del feto: onde di vera gravidanza non si può avere certezza che verso la metà del corso, periodo nel quale si cominciano a sentire i detti moti. E però la vera diagnosi di essa riposa nel metodo di risvegliare i moti del feto, i quali soli lasciano riconoscere la presenza d' un tutto vivente nell' utero. Ciò si ottiene coll' esplorazione della donna, operazione preziosa nell' arte, e giustamente appellata bussola dell' ostetrico.

Per questa adunque si risvegliano i moti attivi del feto, e si comunica insieme alla massa fetale un moto passivo per mezzo di una mano stesa sul ventre, e del dito dell' altra in vagina.

18. Dopo aver votato, se fia d' uopo, l' intestino retto e la vescica, si fa situare la donna appoggiata col dorso contro un corpo so-

lido in piedi, e fattele divaricare le cosce, l' ostetrico posto dinanzi ad essa con ginocchio a terra, porta il palmo di una mano sul di lei ventre, l' indice dell' altra mano unto e indi allungato sulle altre dita piegate sul palmo, fra le gran labbra, le quali allontana l' una dall' altra per entrare in vagina. Giunto al collo dell' utero dietro al pube, ed ivi poggiata la punta dell' indice, imprime alternativamente col dito sul collo, e col palmo dell' altra mano sul fondo dell' utero un urto all' utero medesimo: e siccome è manifesto trovarsi allora il viscere e ciò che in esso contiensi fra due forze, il feto, se vi esiste, sospinto da ambo le sue estremità ovoidali, ricade sul dito esploratore, comunicandoli la sensazione d' un colpo, la quale lo stesso dito ripercuotendo il corpo piombato in basso fa poi risentire, benchè più oscuramente, alla mano sul ventre. È a questa specie di ondulazione del feto che si dà il nome di ballottamento. Si aggiunge dopo gl' insegnamenti di Kergaradek, che applicando sul ventre della donna o lo stetoscopio, o l' orecchio si sentono le pulsazioni del cuore del feto, e quelle della placenta. Queste sono semplici, isocrone a quelle del polso materno accompagnate da sibilo; quelle del feto doppie e più precipitose, perchè provenienti dal doppio battito del cuore del feto.

19. A compire l' istoria della gravidanza restano a notare alcuni fenomeni morbosi concomitanti, cioè l' edema, le varici alle gam-

be, e alle gran labbra, i crampi, le emorroidi, la stranguria, o l'enuresi, le fenditure della pelle dell'addome, il dolore agl'inguini, ai lombi: effetti tutti dipendenti dalla premente distensione dell'utero. (*)

(*) Il Pr. Vannoni ha scoperto nell' orina delle donne inciute un principio particolare, da lui detto *Kiestina,* determinabile con criterj e reagenti chimici.

Ma questa produzione *sui generis* è essa costante nella gravidanza? È ella propria unicamente della gravidanza? Questo è ciò che la potrebbe elevare a valore di segno diagnostico, e che solo il tempo e le ulteriori osservazioni potranno determinare.

CAP. 4.

Dell' ovologia.

20. Nei primi giorni dopo il concepimento il germe fecondato nuota libero, indi attaccandosi alle pareti uterine rappresenta una vescica trasparente, la quale fassi a poco a poco opaca. Quaranta giorni circa dopo il concepimento apparisce primo il rachis, indi si fanno manifesti i moti del cuoricino, e i rudimenti organici della macchinetta, che dicesi embrione. Il cordone ombelicale apparisce un poco più tardi, e si distingue pure ad un tempo il sesso. L'ossificazione comincia al secondo mese, e nel terzo si fanno sensibili i moti di tutta la macchinetta, che allora prende il nome di feto. Pesa tre once, ed è lungo tre pollici circa. La testa voluminosa, flessa in avanti forma la metà del peso e della lunghezza: al quarto mese si formano l'unghie; un poco di meconio comincia a trovarsi nel principio del canale intestinale. Nei tre mesi consecutivi cresce moltò di più, e al settimo mese ha tredici pollici circa: si dissipa la membrana pupillare, scendono i testicoli nello scroto. Sul fine della gravidanza ha per ordinario diciotto o venti pollici di lunghezza, e sette o otto libbre di peso. Ma la varietà del peso, e della lunghezza dipendendo da molte

circostanze, nè l' uno nè l' altra possono servire di fondamento per giudicare dell'età del feto. Volendo una regola per stabilire sì fatto giudizio si misura con un nastro la lunghezza del feto dal vertice alle calcagna; indi applicando la metà di questo nastro addoppiato al corpo del feto si trova che nel feto a termine cade dirimpetto al bellico, nell' ottimestre un poco sopra al bellico, nel settimestre un poco sotto l' estremo inferiore dello sterno; e così mano mano la detta misura sale più verso lo sterno quanto meno il feto è maturo. I quali diversi termini uniti ai caratteri di maggiore o minore sviluppamento e maturità saranno i migliori criterj per giudicare dell' età del feto. La pelle rossa massime sotto il palmo della mano, sotto la pianta dei piedi, sullo scroto, la cute lanuginosa e mancante di quella patina che cuopre il feto a termine, la membrana pupillare; l' unghie molli, la testa poco ossificata sono segni di immaturità.

L' attitudine a vivere nel feto comincia fra il sesto e settimo mese, quantunque vi siano esempj (però dubbi ed equivoci) di feti vissuti, benchè nati primi di questa età intra uterina. È falso che i settimestri siano più vitali degli ottimestri: la capacità a vivere dipendendo non meno dall' età che dallo sviluppo degli organi, è evidente, che quanto più il feto è maturo tanto più è capace di vita.

21. Il feto nell'utero si stà rannicchiato su sè medesimo in guisa da raffigurare un ovoide,

la di cui lunghezza è parallela all'asse dell'utero, e dello stretto addominale; nè altra posizione è a lui possibile. Imperocchè l'utero avendo negli ultimi periodi di gravidanza dodici pollici di lunghezza, sette, o otto di larghezza, e il feto disteso diciotto, come si disse, è d'uopo una posizione che ristringa molto il suo volume. Ora in quella massima flessione di tutte le sue membra le une sull'altre rappresentante un corpo ovale, ha una lunghezza di nove o dieci pollici, onde i due estremi devono essere rivolti uno in alto, e l'altro in basso verso la bocca dell'utero: e siccome la testa è fin dal principio la parte più pesante e più sviluppata, così corrisponde quasi sempre fino dal bel principio della gestazione all'orifizio dell'utero. E però il capitombolo creduto dagli antichi è smentito dal peso della testa, dalle sproporzioni fra la lunghezza del feto così aggomitolato, e le dimensioni laterali dell'utero, e infine dalle sezioni istituite a qualunque periodo di gravidanza.

22. Diconsi dipendenze del feto o secondine le membrane, e le acque contenutevi, la placenta, il funicolo ombelicale, e la vescichetta ombelicale. Esse sono un prodotto dell'atto fecondatore.

23. Le membrane sono tre sovrapposte le une alle altre. La decidua esterna, il corion media, l'amnios interna, e formano quel sacco membranoso chiuso, entro il quale stanno le acque, ed il feto bagnato tutt'intorno da queste.

1.° La decidua, o caduca prima ad apparire dopo la fecondazione, non è in origine che una produzione albuminosa sulla parete interna dell' utero, la quale si organizza poscia in membrana. Il germe nello scendere dalla tuba per imboccare la cavità uterina, stacca e deprime quest' intonaco, e affondandovisi se ne forma un invoglio. Da quell' istante esso costa di due lamine, l' interna delle quali forma l' epicorion, o la reflessa dell' Hunter; l' esterna è la caduca uterina: la quale tapezza e aderisce colla faccia esterna all' utero fino alla circonferenza della placenta, ove si riflette per formare la lamina Hunteriana. Tuttavia non si può dire propria del feto, perchè si forma nell' utero anche nella gravidanza extra-uterina. Cospicua nei primi mesi della gestazione, si fa quasi evanescente, o almeno si stacca dall' utero sul fine.

2. La faccia esterna del corion aderente alla interna della decidua reflessa è lanuginosa, filamentosa. Forse dà origine alla placenta, che per opinione di Haller non è che un più amplo sviluppo dei fiocchi villosi vascolari della faccia esterna del corion, i quali difatto si fanno più apparenti, nodulosi, idatiformi nel punto dell' uovo che è a nudo contatto coll' utero per la mancanza della decidua.

3.° L' amnios è liscia, diafana, esalante, concentrica, ma separata dal corion nei primi mesi di gestazione per grande spazio ripieno di fluido, il quale si ristringe a mano a mano che si estende il sacco amniotico: finchè al

quarto mese ogni intervallo sparisce, e le due membrane sono affatto contigue, o debolmente aderenti. L' amnios, e il corion percorrono sotto la decidua l' interna parete uterina fino alla circonferenza della placenta, dove abbandonano la decidua ivi ripiegantesi, cuoprono la faccia fetale della placenta, alla quale aderiscono, e si prolungano sul cordone ombilicale, al quale l'amnios fa l'esteriore invoglio fino in prossimità dell' anulo ombilicale, ove s' incontra, e si continua coi tegumenti del feto: il corion s' immedesima col tessuto cellulare di esso cordone.

L' acqua contenuta nelle membrane è un siero limpido, leggermente salato, albuminoso, inodoro. Tinge nelle donne veneree che hanno fatto uso dei mercuriali, in colore argentino le lastre di rame. È in maggior quantità al principio che al termine della gravidanza. La sua quantità però è variabilissima; da poche once a due o tre libbre. Tuttavia è sempre in ragione inversa del peso e volume del feto anche all' atto del parto. È ragionevole il crederla un prodotto dell' esalazione dell' amnios. È chiaro esser destinata ad impedire gli attriti, l' agglutinamento fra le membra del feto ripiegato su sè stesso, a proteggerlo dagli urti esteriori, dalle contrazioni immediate dell' utero: a formare la borsa nell' atto del travaglio del parto, molto acconcia a dilatare blandamente l' orifizio uterino, a lubrificare le parti genitali, onde meglio si prestino al passaggio del feto.

24. La vescichetta ombilicale è una piccola borsa piriforme del volume di un grosso pisello ripiena di un siero giallognolo. Sul principio della gestazione sta attaccata immediatamente all' apertura ombilicale dell' embrione, e sembra quasi uscire dal suo ventre continuandosi cogl' intestini per mezzo del suo peduncolo: ma dopo alcune settimane se ne allontana stante l' allungamento del cordone ombilicale, cui si trova intimamente connessa per una specie di collo sottilissimo, il quale striscia fra l' amnios, e il corion nella sua andata verso il cordone. Verso il quarto mese di gravidanza svanisce. Sembra destinata a nutrire l' embrione, prima che l' ovulo siasi attaccato alle pareti uterine; quasi come i cotiledoni alimentano i semi confidati al terreno innanzi che attingano da questo i principj del loro nutrimento.

25. La placenta è una massa cellulo-vascolare assomigliante a una focaccia, attaccata con una faccia alle pareti dell' utero, e coll' altra riguardando il feto, al quale aderisce per mezzo del cordone ombilicale; onde essa stabilisce comunicazione fra la madre e il feto. La sua faccia esterna o uterina coperta di strato membraniforme è profondamente solcata, scabra irregolarmente, e sparsa d' eminenze, o cotiledoni, i quali s' impiantano nei solchi delle pareti uterine corrispondenti, e sono mezzi d' unione fra l' utero e la placenta. Non avvi però inosculazione immediata fra i vasi uterini e fetali nella placen-

ta, come alcuni sostengono: lo che è provato 1. dalle iniezioni, le quali Haller, e Ruischio fecero bensì penetrare una porzione di placenta senza pervenire nei vasi del cordone ombilicale; e se Williams e Biancini le spinsero fino nei vasi fetali, non si può dai loro esperimenti giustamente dedurre la diretta comunicazione vascolare, per avere i medesimi fatto uso di fluidi troppo penetranti e sottili. (*) 2. perchè le pulsazioni del cordone sono più frequenti di quelle del polso materno. 3. Svenando una pecora prima dell' atto del parto, si svuota parte della placenta, ma il feto resta pieno di sangue, e si estrae vivo eziandio poco dopo la morte della madre. 4. Secondo Prevost, Autenrieth e Dumas, il sangue del feto nelle damme e nei conigli è dissimile da quello della madre pel colore, e per la forma e grandezza dei globuli. 5. Dopo il parto l' utero resta immune da lacerazione. Fin qui i fatti: ora vaglia il riflettere che questo modo d' unione non immediata è un saggio provvedimento di natura, perchè il passaggio diretto dei fluidi della madre al feto sarebbe stato a questo fatale, dacchè avrebbe esso partecipato di tutti i disordini, ai quali può soggiacere la circolazione materna, nè il sangue materno sarebbe stato affatto acconcio senza previo cambiamento a nutrire la dilicata macchinetta del feto. – La faccia interna poi della placenta è liscia, aderente al corion, il

(*) Velpeau Tocolog. pag. 198.

quale coll'amnios cuopre il plesso vascolare, da cui trae origine il cordone. Il colore della placenta è rossigno, variabile però per malattie. Talora sparsa d' idatidi, di durezzze, steatomatosa. La forma è rotonda, ovale, o a racchetta, talvolta simile ad un rene, o fagiuolo. La struttura è lobata, ed i lobi coiscono per mezzo di trama cellulosa, o d' una materia cotennosa inorganica. (*) Nè i vasi di un lobo comunicano con quelli dell' altro, onde ogni lobo si può riguardare come una piccola placenta. Il cordone, che per lo più nasce dal centro, talvolta prima di spiccarsi scorre per buon tratto fra le membrane, e s' innalza quindi dal margine: altre volte i suoi vasi vi si sparpagliano divaricati dando alla placenta la forma di un parasole.– Si attacca d' ordinario ai lati del corpo dell' utero, o all' indietro, o in avanti, spesso al fondo, talvolta al collo. È degno di osservazione che quando si attacca al collo è causa di emorragia ricorrente verso gli ultimi mesi di gravidanza, perciocchè il collo dell'utero non si può allora assottigliare, e distendere come il richiede il progresso della gestazione, senza che si lacerino ad un tempo le radici e i mezzi d' attacco della placenta. La placenta attaccata al collo è anche più tenue che quando si attacca alla sede ordinaria. Il volume della placenta comparativamente al feto è maggiore, quanto più questo è vicino alla sua prima formazione.

(*) Velpeau Op. cit. pag. 172.

Quando vi sono più feti avvi un numero corrispondente di placente ora separate, più spesso connesse pei loro margini: ma la loro unione sembra non formare continuità di tessuto, come proverebbe il non passare le iniezioni dell' una all' altra, e il continuare a vivere un feto, mentre è morto l' altro.

Per ordinario ogni feto è chiuso nelle sue proprie membrane; solo che nel caso di placente connesse il corion non si continua tutt' intero sull' amnios; ma avvi un tramezzo fatto dall' addossamento dell' amnios, che separa i gemelli.

26. Il funicolo è composto di tre vasi sanguigni cioè due arterie, e una vena unite insieme per tessuto celluloso. La vena più grossa delle arterie è senza valvole, tortuosa, spesso ripiegantesi a guisa di spirale su se stessa da sinistra a destra. La lunghezza del cordone è la stessa del feto, cioè di circa venti pollici. Si trova alle volte cortissimo, altre assai più lungo. Se ne sono veduti di cinquantasette pollici, e più lunghi ancora. Gli esempj di cordone duplice in feto unico sono certamente anse dello stesso funicolo molto lungo, attaccatosi a diversi punti della placenta. La troppa sua brevità espone all' aborto, al rovesciamento d' utero, e allo strapparsi dello stesso cordone. Se troppo lungo, può attorcigliarsi alle membra e al collo del feto, od uscire anticipatamente nel parto. La sua grossezza è quella del dito mignolo; pure varia: alle volte è infiltrato, e quasi edematoso, spes-

so nodoso, amplo, infundibuliforme alla sua origine a cagione di un' ansa intestinale contenutavi (ernia intestinale congenita).— Nasce con infinite ramificazioni dalle cellule della placenta, ove alcune delle radici venose s' imboccano coll' estremità delle arterie ombelicali, ed altre in maggior numero si aprono libere nella sostanza della placenta.

27. La vena ombelicale poi giunta all' apertura dello stesso nome, ed entrata nel ventre del feto, monta verso la scissura antero-posteriore del fegato sostenuta dalla piega falciforme, e si divide in due rami, uno dei quali, continuazione del tronco, col nome di canale venoso entra nella vena cava presso l' inserzione sua nell' orecchietta destra, l' altro maggiore penetra per l' angolo d' unione del solco trasverso coll' estremo posteriore della scissura suddetta nel seno della vena porta, e sorte per le vene epatiche, le quali sboccano pure nella cava inferiore: per la quale il sangue arriva all' orecchietta destra del cuore, ivi si mescola in parte con quello che riporta la cava superiore, ma in maggior copia traversando il foro del Botallo guarnito di valvula, va direttamente nell' orecchietta sinistra, e da questa nel sinistro ventricolo, che lo spinge nell' aorta, la quale co' suoi rami ne dispensa il più alla testa e membra toraciche. Il resto del sangue che l' orecchietta destra versa nel ventricolo destro insieme con quello reduce dalla cava superiore, è spinto nelle arterie polmonali, le quali mandano ai pol-

moni compatti, depressi, inoperosi la minore porzione, l'altra maggiore entra nel dutto arterioso, il quale si scarica nell' aorta descendente. Da questa dopo avere scarsamente irrigato le parti inferiori, ritorna al feto e alla placenta per le arterie ombelicali, rami delle iliache interne. Due correnti di sangue adunque del feto s' incrociano nell' orecchietta destra, l' una inferiore, che separata dall' altra per mezzo della valvula d' Eustachio, va direttamente all' orecchietta sinistra, e da questa nel sinistro ventricolo, l' altra scende dall' orecchietta destra nel destro ventricolo. È plausibile opinione dei più, che questa colonna di sangue più tenue, e meno vitale per mezzo del dutto arterioso entri nell' aorta per compartirsi agli arti inferiori: quella più copiosa, ricca d' ossigeno revivificata nel suo ritorno alla placenta si porti dopo aver largamente nutrito il fegato, alla testa. Di qui il maggiore sviluppo del capo e del fegato nel feto. Nel bambino appena nato si stabilisce poscia quel nuovo modo di circolazione durabile tutta la vita, perchè l' aria entrata nei polmoni incita la respirazione, sicchè resi essi permeabili ed aereati ammettono maggior copia di sangue, onde a poco a poco si chiudono e il foro di Botallo, e il canale arterioso, i quali si erano già ristretti negli ultimi periodi della gravidanza, disponendo così il sistema sanguifero al nuovo modo di circolazione.

28. Dalla disposizione delle parti pertanto si concepisce, che la vena ombelicale è quella che porta i materiali del nutrimento al feto, le arterie riportano alla placenta e alla madre il superfluo del sangue, che ha servito a nutricare il feto. Nè io so come siasi potuto pensare e sostenere da celebri Fisiologi che il feto sia nutrito dell' acque dell' amnios: non lo è, perchè non hanno principj nutritivi: non lo è perchè gli acefali, i feti con bocca imperforata si sviluppano e vegetano del pari, e perchè infine esse scolano alle volte prima del parto, o sono alterate e fetenti, e ciò non pertanto il feto è florido. Le ramificazioni della placenta, che s' impiantano nelle pareti uterine non già per mezzo dei vasi utero-placentali di Dubois, Baudelocque, Albinus, Biancini non bene dimostrati, ma come un arbusto si inserisce colle sue barbe al terreno, assorbono i fluidi materni, e per un processo singolare, analogo alle secrezioni dell' adulto, per un ricambio di principj sconosciuto nell' essenza e nel modo, essa li modifica, e prepara pei bisogni del feto un fluido o sanguigno, o analogo al chilo , ma certamente dissimile dal sangue materno.

CAP. 5.

Delle relazioni fra la testa del feto e il bacino muliebre.

29. Poichè il bacino ha diverse dimensioni (§. 4.) e la testa del feto avendo essa pure dimensioni differenti da un punto all'altro, è chiaro, che bisogna esaminare queste diverse dimensioni della testa del feto, perchè sulle loro relazioni coi diametri del bacino della donna riposa la condizione del parto, tanto più che la testa è la parte del feto che più spesso si presenta, ed è pur quella che per esser la più solida e la più grossa, offre le maggiori difficoltà nell'attraversare la pelvi.

30. Benchè nella testa si considerino la base e la volta, è questa singolarmente che merita di essere studiata. In essa si notano 1. la sutura sagittale dal mezzo dell' osso frontale, e talvolta dalla radice del naso all' occipite; 2. la coronale da un parietale all' altro fra il loro anterior margine e il coronale; 3. la lambdoidea, che a guisa d' arco contorna il margine superiore dell' occipite; 4. la fontanella anteriore o bregma, spazio membranoso amplo, romboidale, risultante dall' incrociamento della sutura coronale e sagittale sul vertice; 5. la fontanella posteriore triangolare, più stretta, situata ove il termine della sutura sagittale incontra il

mezzo della lambdoidea. È in grazia di questi membranosi intervalli posti fra le ossa della volta, che la testa del feto è capace di una certa riduzione, e forse di allungarsi in un senso, e ristringersi in un altro, per via dell'accavallamento dei pezzi ossei della volta: particolarità d'organizzazione, della quale manca la base del cranio, che è affatto incompressibile. Onde quanto meno compiuta sarà la ossificazione del cranio, tanto più si potrà contare su questa riduzione della volta di esso. Le fontanelle sono pulsanti. Benchè Capuron e Bongioanni con altri fisiologi opinino che le pulsazioni delle fontanelle dipendendo dalla funzione del respiro, manchino nel feto tuttavia racchiuso nell' utero, è dimostrato dalla fisiologia e dall' esperienza. 1. Che i moti delle fontanelle sono isocroni al moto del cuore, e verisimilmente ad esse comunicati dall' innalzamento della massa cerebrale commossa dal tronco della carotide interna, e della vertebrale. 2. Che perciò possono esser sensibili pure nel feto ancora rinchiuso nell' utero.— Si notano pure nella volta varj diametri, cioè uno che dall' occipite va al mento, misurando la lunghezza della testa, dicesi diametro obliquo o mento-occipitale: ha cinque pollici o cinque pollici e un quarto d' estensione, secondo Capuron: un altro diametro si misura da una protuberanza parietale all' altra, dicesi trasverso o biparietale: un altro dalla sommità della testa alla sua base, diametro verticale, e ambo hanno tre

pollici e mezzo di lunghezza; un altro dall' occipite al fronte, diametro occipito-frontale, ha quattro pollici e un quarto, o quattro e mezzo secondo Meygrier. Un altro diametro io considero dalla fronte al mento, la di cui misura è di tre pollici e mezzo. Infine il diametro bregma-occipitale, dalla fontanella anteriore allo spazio fra il foro occipitale, e la protuberanza occipitale; tre pollici, e tre quarti.

31. Dalle relazioni adunque di questi diametri della testa del feto con quelli del bacino muliebre si deduce che a cose ordinarie il parto naturale è impossibile tutte le volte che il diametro obliquo, o le regioni della testa le quali ad esso corrispondono, si presentano all' ingresso del bacino. Il parto è pure impossibile, ove il diametro occipito-frontale si presenti in faccia al longitudinale del bacino, e, se non impossibile, difficile almeno, ove lo stesso diametro si presenti pure agli obliqui, i quali sulla donna vivente perdono di lunghezza (§. 8). Onde non restano che il trasversale, il verticale, il mento-frontale, e il bregma-occipitale che possano agevolmente attraversare il bacino, e con tanta maggiore agevolezza se corrisponderanno agli obliqui di lui, che sono i più grandi.

CAP. 6.

Dell' Aborto.

32. L'aborto è l' espulsione del prodotto del concepimento dall' utero prima del termine ordinario della gestazione; e propriamente dicesi aborto l' uscita o dell' embrione, o di un feto fino alla metà circa della gravidanza; parto immaturo quella di un feto oltre la metà della gravidanza fino verso il sesto mese di essa. Nascita prematura quella che avviene dal sesto in poi e prima del nono.

33. L' aborto succede qualche volta senza manifesta cagione, più spesso al seguito di una causa conosciuta, la quale ora si ripone, od opera sul feto, ora sulla madre. Quindi le cause di esso sono predisponenti o determinanti, interne od esterne. Spesso è l' effetto di più cause cospiranti a produrlo. Fralle cause predisponenti si noverano in quanto alla madre una costituzione delicata e nervosa; la sensibilità parziale dell' utero, la debolezza o la rigidità di esso, lo scirro del suo collo, alcune affezioni o morbose produzioni sviluppate entro la cavità o nella spessezza del viscere o delle vicine parti, la pletora generale, o parziale dell' utero, l' abitudine all' aborto. Relativamente al feto e sue dipendenze la brevità del cordone ombelicale, lo scolo anticipato delle acque per rottura delle

membrane. Le determinanti sono le vive emozioni dell' animo, i patemi tristi, i salti, i colpi sul ventre, le risa smodate, la corsa per vie scoscese e diseguali, le malattie violente della donna, le malattie e la morte del feto, il distacco violento della placenta, la sua inserzione al collo dell' utero, l' abuso dei drastici, emmenagoghi, i bagni freddi e i caldi specialmente parziali, i salassi inopportuni, l' abuso del coito, le vesti strette. Dal che si comprende che secondo il loro respettivo modo di agire le cause produttrici dell' aborto si riducono o a diminuire l' afflusso del sangue al viscere conservatore dell' uovo, o ad accrescerne l' impeto, o a disordinarne il circolo. È inutile il dire che le cause predisponenti possono divenire determinanti. L' aborto interviene più facilmente all' epoca ordinaria dei mestrui. Quando dipende da cause interne inerenti alla costituzione della madre, e allo stato dell' utero è più frequente al principio che sul termine della gestazione. Per contrario s' osserva che pervenuta una volta la gravidanza al quinto o sesto mese, le violenze meccaniche sono quasi le sole che possono determinarlo.

34. L' aborto è talvolta annunziato da segni precursori, talvolta si dichiara subitamente. Un dolor insolito ai lombi, un senso di peso in fondo al bacino, uno stillicidio di sangue dalla vulva, l' avvallamento del ventre, la cessazione dei moti del feto, e il sentire in loro vece un corpo che si muove nel ventre co-

me una palla a seconda delle posizioni che prende la donna, l' appassimento delle mammelle, e la secrezione dal capezzolo d' un fluido sottile, un cerchio plumbeo intorno agli occhi: tali sono i segni che fanno temere dell' aborto: la certezza del quale poi si ha colla eplorazione interna, la quale offre i fenomeni stessi del travaglio del parto, cioè dilatazione dell' orifizio, tumore della borsa, indi rottura.

35. Si riguarda il prognostico dell' aborto come più grave di quello del parto; ma a ben considerarla questa opinione è destituta di fondamento, ove si riguardi l' aborto in se stesso; dacchè il travaglio necessario all' espulsione di un embrione, o di un feto non compiuto è più facile e più breve che quello del feto a termine, e tutto dì vediamo donne abortire senza il menomo danno o risentimento. Che se spesso vediamo intervenire il contrario, ciò è da attribuirsi alla causa che ha prodotto questo accidente, e non alla natura istessa del travaglio uterino. Onde per giudicare dell' influenza dell' aborto sull' universale della donna, e statuire il suo prognostico, è d' uopo estimarlo non in se stesso, ma in relazione colle cause produttrici, e collo stato dell' utero, e singolarmente degli organi e delle parti sulle quali ha operato la causa morbosa. A parità di circostanze l' aborto spontaneo, quello dipendente da malattie dell' uovo è meno pericoloso che quello prodotto da cause

occasionali violente senza alcuna predisposizione.

36. Il primo oggetto nella cura dell' aborto deve essere quello di prevenirlo, indi curare gli accidenti, ove sia stato inevitabile o inopinato. Le indicazioni però variano a seconda delle cause. Così quando la pletora della gestante può far temere, od ha già altra fiata prodotto l' aborto, il salasso parco e ripetuto, un regime tenue sono necessarj a prevenirlo. Il vitto nutriente per contrario, l' uso dei tonici vagliono a prevenire quell' aborto che dipende da debolezza generale o parziale dell'utero. I bagni tiepidi, gli antispasmodici possono convenire nel caso di rigidità dell' utero. Infine oltre l' allontanamento di tutte le cause determinanti sovraindicate, quando la causa dell' aborto è oscura, o che esso dipende da un' abitudine contratta dall' utero, è d' uopo raddoppiare i riguardi e le cure proprie delle gestanti, e ciò singolarmente all' approssimarsi del periodo, nel quale soleva aver luogo questo accidente. Quando poi l' aborto è dichiarato, perchè i mezzi impiegati a prevenirlo sono stati infruttuosi, è d' uopo regolarsi come se fosse un parto ordinario. Un avvertenza importantissima si è di badare a non rompere il sacco delle acque nell' aborto che succede prima della metà del corso della gravidanza, essendo desiderabile (come quasi sempre succede) che fino a quell' epoca sia espulso l' uovo in massa, perchè la placenta, essendo allora più voluminosa del feto, non

uscirebbe per l'orifizio uterino non abbastanza dilatato per concedere passaggio alla massa placentale, la quale resta allora nell' utero, e può divenire causa di varj sconcerti: nè ad estrarla giova il tirare metodicamente sul cordone, il quale esilissimo si romperebbe; nè si può introdurre la mano nell'utero poco aperto. Laonde è precetto di tutto rigore il lasciar sortire l' uovo tutto intero. Che se per negligenza, o per tenuità delle membrane succeda la rottura del sacco e l' uscita del feto, restando la placenta nella cavità uterina, il principale ed immediato accidente, a cui è esposta la donna, è l' emorragia uterina, della quale parleremo a suo luogo. In sì fatti casi si dee innanzi tutto, e principalmente mantenere aperto l' orifizio dell' utero con uno o due dita, indi cercare di eccitar le contrazioni uterine con fregagioni sull' ipogastro, colla segale cornuta; onde avanti che il collo abbia avuto tempo di richiudersi, procurare l' espulsione della placenta. E quando si cominciasse a sentire a traverso l'orifizio, si potrebbe uncinare con le dita, o con le mollette a falso germe. Si potrebbero pure provare le iniezioni di Moyon. Del resto la placenta può uscire anche trascorso un periodo più o meno lungo dalla espulsione del germe. E uscita atrofiata dopo nove mesi.

CAP. 7.

Del Parto.

37 Le cause efficienti del parto sono le contrazioni uterine, alle quali si aggiungono, quali potenze ausiliatrici, le contrazioni dei muscoli addominali, del diaframma, di tutti i muscoli, i quali attaccandosi al bacino il rendono più fermo e stabile. Il diaframma poi e i muscoli delle pareti addominali contraendosi si applicano sull' utero, lo cingono da tutte le parti, e gli servono di punto d' appoggio e di sostegno, aiutandolo così ad espellere il feto, il quale si vuole interamente passivo in questo atto della donna. Che l' utero sia la vera causa efficiente del parto, e che espella il prodotto del concepimento per forza propria indipendente, è dimostrato 1. dal sentirsi manifestamente le sue contrazioni palpando l' addome, e meglio introducendo la mano nella sua cavità, e dal rientrare su se stesso dopo il parto, rappresentando un globo duro dietro l' ipogastro. 2. Dall' espellere i feti morti, e gli acefali. 3. Dall' effettuarsi il parto nello stato di sincope della donna, e talvolta anche in quello di morte apparente o reale. Del resto s' ignora la causa naturale che muove l' utero a contrarsi al termine prefisso di nove mesi. Le ipotesi avanzate in proposito sono tutte sog-

gette a difficoltà ed eccezione. Fra quelle proposte, e a vicenda rigettate, la seguente che io avventuro, mi sembra la più verisimile, perchè dedotta dalla osservazione e dalla fisiologia. Negli ultimi periodi della gravidanza il foro di Botallo si va restringendo a misura che il feto si accosta al termine del parto, preparandosi così a quel modo di circolazione che dee compirsi dopo la nascita, e durare per tutta la vita. È evidente che il ristringimento progressivo del foro di Botallo, e forse anche del dutto arterioso, opponendosi al corso libero del sangue al di qua dell' atrio destro, dee portare un ristagno nella vena ombellicale, quindi nella placenta, già essa pure disposta a distaccarsi per l' obliterazione di alcuni suoi vasi: la quale perciò ingorgata e pregna di sangue non può più riceverne l' usata quantità dall' utero, il quale pure trovandosi sovraccaricato comincia a contrarsi: onde la prima tensione delle membrane, il fremito delle fibre uterine, e i dolori presagienti che precorrono il parto. In tal guisa la natura col solo mezzo di andare a poco a poco ristringendo la detta apertura, provvede alla futura circolazione polmonare, ed al distacco ed espulsione dell' uovo.

38. I segni del parto si dividono in prodromi, in caratteristici proprj dell' attual travaglio, e in simpatici o concomitanti.

39. È indicato l' appressimarsi del parto 1. Dal tempo trascorso dalla soppressione dei mestrui: il qual segno è incerto, perchè

si danno nascite premature e tardive, cioè il feto può giungere a maturità, e venire in luce prima del compimento del nono mese; come all' incontro può soggiornare nell' utero oltre il nono mese. Le nascite tardive negate da Louis, Astruck, Maon, ammesse da Petit, Levret, Foderé, Capuron, son provate dall' analogia, perchè di due vacche montate nel giorno medesimo, una figlia più presto, ed una più tardi. Nè senza ragione: il Legislatore accorda la legittimità della prole fino al decimo mese di gravidanza, oltre il quale non è da credere a nascite tardive. Questo segno è incerto eziandio, perchè può la donna restare incinta sul finire dei mestrui, o poco avanti il principio dei mestrui: ora cominciando a contare dalla mancata mestruazione, si conta dal cominciamento della gravidanza nel secondo caso, ma nel primo si avrebbe quasi un mese di pregnezza. 2. Dall' orifizio dell' utero aperto: il qual segno pure è incertissimo, perchè nelle donne che hanno più volte partorito, si apre più presto. 3. Dal collo cancellato, sicchè la testa si sente attraverso le sue pareti assottigliate, e sembra questi impegnata allo stretto, e non si lascia sollevare, onde male si può eseguire il ballottamento. 4. Dal ventre abbassato, e del segmento inferiore dell' utero più vicino alla vagina. 5. Da un certo fremito o tremolio delle fibre del collo nella esplorazione, e da una certa leggiera tensione delle membrane.

40. I segni caratteristici del parto sono. 1. Le doglie vere. 2. La borsa o tumore delle membrane. 3. La dilatazione dell' orifizio uterino. 4. Spesso il muco in vagina tinto di sangue.

Le doglie che sono un effetto immediato dalle contrazioni uterine si distinguono dai dolori di ventre di altra origine, e natura per la loro regolare interruzione. Esse cominciano leggiere, brevi e rade, si fanno con regolare progressione più forti, più lunghe e più frequenti; l'utero nell' atto della doglia si sente contratto, duro; finalmente esplorando la donna si sente aprirsi la bocca dell' utero; formarsi la borsa tesa, ed elastica all' atto della doglia, indi farsi flaccida durante la calma: i quali segni riuniti costituiscono la diagnosi intera d'attuale travaglio. Inoltre le doglie hanno per carattere di farsi sentire dai lombi verso il coccige, dal bellico verso l'ano: i dolori falsi, o ventrali possono però consistere colle varie doglie uterine, o provocarle simpaticamente.

La dilatazione dell' orifizio sembra l'effetto composto delle contrazioni uterine, e della borsa delle acque, e della testa del feto sospinta dalle stesse contrazioni. Non è già che le fibre del collo sieno in antagonismo con quelle del corpo dell' utero, come è stata opinione di Stein ed altri, ma contraendosi la massa delle fibre uterine per ogni verso, è naturale che col ravvicinarsi le loro estremità, le fibre del collo si devono allontana-

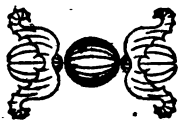
re dalla periferia che forma l'orifizio, e quivi lasciare maggiore spazio: frattantochè la borsa e la testa, spinte in basso dal fondo del viscere, s'insinuano frammezzo, e servono anch' esse di mezzo dilatante, tanto più che il collo non ha all' intorno punto d'appoggio, ehe faccia resistenza. Forse ancora le fibre del collo meno numerose, benchè più fitte, hanno minor forza per resistere, sicchè la testa del feto deve uscire per dove trova minor resistenza. Che poi sia un ideamento l' antagonismo fra le fibre del collo, e quelle del corpo è dimostrato singolarmente dall' osservare che il contorno vaginale del collo si apre, e si ammollisce anche prima del contorno dell' orifizio interno, mentre nell' ipotesi suddetta le fibre del collo le più prossime al corpo del viscere dovrebbero essere le prime ad ammollirsi, e dilatarsi. - L'orifizio si apre, e si dilata più lentamente nelle primipare, e nelle donne mature. In oltre è degno d'osservazione, impiegare esso più tempo ad acquistare i primi gradi di dilatazione che il resto di dilatazione necessaria all' uscita del feto, lo che influisce sul prognostico della durata del travaglio.

La borsa dell' acque ha diverse forme; per lo più è rotonda e prominente, e questa è la forma più favorevole al parto; talvolta è irregolare, se irregolare è la forma della bocca uterina, altra volta schiacciata, poco o niente prominente oltre l' orifizio, altre volte è floscia, e allungata in forma di

budello fino alla vulva. Le quali diverse configurazioni turbano più o meno l' andamento del travaglio.

Il muco sanguigno procede dal rompersi i vasellini di connessione fra la parete interna dell' utero, e le membrane.

41. Nel principio del travaglio del parto la donna ha polsi piccoli e contratti, è presa da brividi, da senso di abbattimento: teme, dispera. L' orifizio allora è appena aperto, e cessata la doglia, si richiude. I suoi orli tumidi e molli durante la calma, si fanno duri, sottili, quasi taglienti sotto le doglie. Succede quindi generale reazione, l' orifizio che si trova verso il sacro, viene verso il centro, ed è più aperto, la borsa s' insinua in esso, la donna si sente dilaniare le reni, s' agita, si contorce, ma non sa far valere le doglie. Progredendo il travaglio, i labbri della bocca uterina scivolano sulla testa, la quale valica oltre l' orifizio; la donna prova in fondo al bacino un senso di peso, che l' obbliga a ponzare per liberarsene; allora la faccia s' anima, i polsi s' aprono, s' accende sete, talvolta succede il vomito, il tenesmo, e quindi lo scarico involontario delle feccie, e il crampo alle sure. Quando le membrane si rompono, viene una breve calma, alla quale succedono le doglie conquassanti, forti, efficaci. La testa è nuda in vagina; comincia a distendersi il perineo, si presenta il cuoio capelluto; ad ogni doglia se ne scuopre una porzione maggiore circondata dall' esterno pudendo, che

assottigliato e disteso, il ricinge quasi corona, ma sembra sparire e retrocedere, finchè prevalendo le contrazioni uterine, ne fanno avanzare la più gran parte. Infine la donna raddoppia le sue forze, si aggrappa a tuttociò che incontra, morde, lacera, percuote gli oggetti vicini, e l' utero con doglie più efficaci scaglia fuori la testa, strappando il frenulo, e soverchiando la resistenza del perineo distesissimo, e prominente a foggia di emisfero. Tale è l' andamento del parto naturale. Resta a vedere il meccanismo con cui si effettua.

CAP. 8.

Delle diverse specie di parto naturale, e loro meccanismo.

42. Il parto può terminarsi naturalmente, sia che si presenti la testa, sia che si presentino le natiche, le ginocchia, od i piedi. Si sa che quello per la testa è il più frequente, indi quello per le natiche. Ma perchè il parto per la testa si termini naturalmente, richiedesi, oltre la buona conformazione del bacino muliebre, che la direzione dell' asse longitudinale dell' utero coincida colla lunghezza della testa, e che la testa si presenti allo stretto superiore in modo, che il suo diametro mento-occipitale, maggiore di tutti i diametri del bacino (§. 31.) sia parallelo all' asse dello stretto medesimo. Che se inclinando per l' una o per l' altra parte esso tenda a toccare con le sue estremità il margine pelvico, la testa si dispone a presentare o la nuca, o la fronte, o le tempia, parti le quali, incontrando col lungo diametro della testa allo stretto diametri più brevi, non possono attraversarlo.

Del resto il parto per l' estremità pelvica comechè possa compiersi naturalmente, non presenta già la stessa facilità e sicurezza che il parto per la estremità occipitale. La com-

pressione del funicolo e de' visceri chiusi nelle cavità splancniche è inevitabile per lo uscire del feto a modo di cuneo. La testa, appena valicato lo stretto, è fuori del potere dell' utero: onde nell' istante che questo viscere abbisogna di tutta la sua forza per espellere la parte più voluminosa del feto, questa si sottrae al potere espulsivo dell' utero per essere abbandonata ai premiti dei muscoli addominali.

43. Si riconosce il parto per la testa alla presentazione di un tumore solido rotondo, nel quale si distinguono le suture e le fontanelle.

44. La testa si può presentare in quattro posizioni diagonali. Nella prima l' occipite è rivolto alla cavità cotiloïdea sinistra, e la fronte alla sinfisi sacro-iliaca destra; la sutura sagittale diretta dalla cavità cotiloidea sinistra alla sinfisi sacro-iliaca destra corrisponde a quel diametro obliquo del bacino. Nella seconda posizione l' occipite è rivolto alla cavità cotiloidea destra, e la fronte alla sinfisi sacro iliaca sinistra. Nella terza, che è l' opposta della prima, l' occipite riguarda la sinfisi-sacro iliaca destra, la fronte la cavità cotiloidea sinistra. Nella quarta, che è l' opposta della seconda, l' occipite è alla sinfisi sacro-iliaca sinistra, la fronte alla cavità cotiloidea destra.

Le posizioni dirette ammesse da alcuni autori, non meritano posto tra le posizioni naturali, perchè a cagione della convessità della fronte, dell' occipite, e dell' angolo sacro-

vertebrale, quando queste parti sono a contatto, obbedendo alla forza delle contrazioni uterine volgono a destra o a sinistra. Inoltre quando la testa si rimanesse in quella situazione, il parto sarebbe sempre più difficile. Le trasversali si riducono più o meno alle oblique.

La prima delle posizioni indicate (occipito-cotiloidea sinistra) che è la più frequente, è eziandio la più facile di tutte.

45. Al principio del travaglio del parto, p. e. nella prima posizione il diametro della testa, che corrisponde all' obliquo del bacino, che va da sinistra a destra è l' occipito-frontale; all' altro diametro obliquo del bacino corrisponde il bi-parietale della testa: la lunghezza della testa, cioè il suo diametro obliquo taglia ad angolo l' asse del distretto; il diametro perpendicolare è parallelo a questo asse: onde si vede che finora le relazioni fra i diametri della testa e del bacino non sono le più favorevoli al parto (§. 30.) Nè la natura poteva scorrere una via dubbia, e piena di pericolo, se avvene altra più spedita e sicura. Perciò la testa, toccato colla sua circonferenza il contorno del distretto superiore nella situazione, e colle relazioni indicate, fa un moto di flessione del mento sullo sterno, per il quale si dispone più favorevolmente al passaggio, perciocchè la sua lunghezza si fa parallela all' asse del distretto, il diametro occipito-frontale si fa obliquo all' asse medesimo, e il perpendicolare o piuttosto il bregma-occipitale viene a corrispon-

dere all' obliquo del bacino, a cui corrispondeva l' occipito-frontale: il biparietale solo rimane al suo posto. Così la testa scende felicemente, i due più piccoli diametri di essa traversando i maggiori del distretto. Giunta la testa nell' escavazione in grazia dei piani inclinati dell' ischio anteriore e posteriore, e della sua forma si volge con un moto di torsione del collo, ruotando sul proprio asse da sinistra a destra; onde l' occipite viene a collocarsi sotto l' arco del pube, la fronte nella concavità del sacro. Tutti i quali moti sono fatti palesi al dito esploratore, perchè la fontanella posteriore, che nel principio del travaglio era verso la cavità cotiloidea sinistra, si abbassa, e si porta verso il centro del bacino; indi a poco a poco da sinistra a destra si volge verso l' arcata del pube, mentre l' anteriore s' innalza, e si fa inaccessibile. Giunta la testa nell' escavazione, si vede con quel moto di rotazione orizzontale aver cambiato assai le sue relazioni coi diametri del bacino. Tuttavia il suo lungo diametro si fa ben presto parallelo all' asse dello stretto inferiore, come si concepisce essendo l' occipite sotto l' arco del pube, e il mento in alto al di sotto del promontorio. Del resto convertendo la testa la sua direzione diagonale in diretta, il suo diametro trasversale corrisponde al trasversale dello stretto inferiore, il bregma-occipitale al pube-coccigeo. Col qual cambiamento di direzione la testa ha dunque guadagnato due grandi vantaggi, cioè

di far corrispondere anche al distretto inferiore i suoi piccoli diametri ai grandi del bacino, e di fare che essa ed il tronco, incontrandosi ad angolo alla nuca, fossero paralleli ognuno all' asse del respettivo distretto. A questo punto le contrazioni uterine operando sul mento, e sulla faccia che corrispondono al centro, ove collimano gli sforzi uterini, obbligano quello ad allontanarsi dal petto, questa a percorrer la linea curva del sacro, e l' occipite, in proporzione che questa discende all' indietro, a rimontare verso l' arco del pube. Finalmente la fronte supera la commettitura posteriore e la testa è sviluppata. Questa, appena fatto un moto di flessione all' indietro per cui s'alza verso il pube, resasi libera, riprende la sua naturale relazione col tronco, l' occipite rivolgendosi verso l' inguine sinistro, e la faccia verso la parte posteriore interna della coscia destra: intanto che le spalle, le quali non hanno partecipato al moto di rotazione della testa, s' impegnano esse pure diagonalmente: nell' escavazione esse pure fanno un moto rotatorio in senso opposto a quello della testa, onde si presentano all' uscita la sinistra all' indietro nella concavità del sacro, la destra sotto il pube; quella sentendo direttamente le contrazioni uterine, esce la prima, questa che serve a quella di punto di appoggio, le succede. Allora la testa cambia pure di relazione al di fuori, la faccia riguardando direttamente la parte interna della coscia destra, l' occipite l' interna della sinistra.

Per le cose anzidette è eziandio evidente che quando il tronco è nell'escavazione dee rappresentare una specie di arco colla concavità in avanti. Così la discesa progressiva della testa e del tronco si fa per una serie di linee curve, le quali fanno descrivere al feto un moto parabolico.

Nella seconda posizione il meccanismo è lo stesso: se non che il moto di rotazione della testa e delle spalle facendosi in senso inverso, l'intestino retto, più o meno occupato da feccie, può essere alquanto d'intoppo a questi moti. Il meccanismo è pure lo stesso nella terza e quarta posizione; gli stessi diametri della testa corrispondendo alli stessi del bacino. Ma appena l'occipite si è sviluppato, si rovescia all'indietro sul perineo; mentre successivamente si sviluppano di sotto al pube i varii punti della faccia. Onde quando la testa ha preso una situazione diretta nella escavazione, e che le contrazioni uterine si esercitano sull'occipite verso la concavità del sacro, esso ha un maggiore spazio a percorrere lungo il sacro, per comparire il primo, di quello che scendendo dietro al pube. Inoltre la faccia per la sua forma irregolare si ripiega, e risale con stento verso il pube, e tra per l'una e l'altra di queste cagioni il parto è reso più lento e difficile. Nella quarta posizione poi si aggiunge la difficoltà che essa ha insieme colla seconda, cioè l'intoppo dell'intestino retto al moto da sinistra a

destra. Onde non senza ragione forse Stein riconosceva una specie unica di parto naturale, cioè la presentazione della testa coll' occipite in avanti.

46. I piedi, le ginocchia, le natiche si presentano pure in quattro posizioni oblique analoghe a quelle della testa. Nella prima posizione dei piedi le calcagna corrispondono alla cavità cotiloidea sinistra, le dita dei piedi alla sinfisi sacro-iliaca destra, il dorso riguarda il lato anteriore sinistro dell' utero. Nella seconda le calcagna sono rivolte verso la cavità cotiloidea destra, le dita verso la sinfisi sacro-iliaca sinistra, il dorso al lato destro anteriore dell'utero. La terza posizione è opposta alla prima. La quarta alla seconda.

47. Nella prima posizione delle ginocchia la parte anteriore delle gambe corrisponde alla cavità cotiloide sinistra, l' anteriore delle cosce alla sinfisi sacro-iliaca destra: il dorso, come nella prima dei piedi. Nellà seconda posizione la parte anteriore della gamba è dirimpetto alla cavità cotiloide destra, l' anteriore delle cosce alla sinfisi sacro iliaca sinistra: il dorso come nella seconda dei piedi. La terza e la quarta sono inverse alla prima e alla seconda.

48. Nella prima posizione delle natiche la faccia posteriore del sacro è quella che corrisponde alla cavità cotiloidea sinistra: le cosce applicate al ventre corrispondono colla loro faccia posteriore alla sinfisi sacro iliaca

destra: nella seconda posizione il sacro alla cavità cotiloidea destra, la faccia posteriore delle cosce alla sinfisi sacro-iliaca sinistra. La terza e la quarta inverse alla prima e alla seconda. Del resto le natiche, e le spalle oltre l' imboccare lo stretto superiore nella stessa posizione diagonale che nel parto per la testa, eseguiscono li stessi moti di rotazione, e si presentano all' uscita in situazione diretta. La testa eseguisce pure li stessi moti, cioè di *flessione* in avanti, di *rotazione,* di *estensione* o *rovesciamento all' indietro.* Il mento, invece dell' occipite, corrisponde al centro del bacino, esso scorre la curva del sacro e del coccige, esce il primo invece dell' occipite, che comparisce ultimo.

CAP. 9.

Dei soccorsi da darsi durante il parto naturale alla madre ed al feto.

49. Appena giunto alla donna l'ostetrico, prima di tutto dee esplorarla, tanto per conoscere le dimensioni del bacino, e lo stato delle parti genitali, quanto per verificare o no il travaglio del parto: esaminare quindi lo stato generale di salute. Poscia è bene di ordinario vuotare l'intestino retto con un semplice clistere. La bevanda da usarsi nel corso del travaglio naturale deve esser brodo di fresca carne, o qualunque pozione tepida temperante. I liquori spiritosi, le bevande riscaldanti aromatizzate, altre volte in uso coll'idea di facilitare e sollecitare il parto, sono controindicate e nocive. L'esperienza ha fatto vedere che le contrazioni uterine, e l'andamento del travaglio si favoriscono coi mezzi acconci a slentare la fibra, e ad ammollirla; mentre si ritardano, si assopiscono con tutto ciò che la irrigidisce e ritende. Il travaglio del parto è una condizione della macchina. che la dispone ad uno stato inflammatorio, e il far uso dei calefacenti nel tempo del travaglio è un dare adito, o predisporre alle metriti, peritoniti, emorragie attive. In fine è ben raro che la donna in travaglio abbisogni

di eccitanti, poichè, se essa è ben costituita, l'utero ha sempre sufficienti forze per espellere il feto, e la debolezza non è quasi mai d'ostacolo al parto. Similmente è pratica riprovevole l'andare stuzzicando con spessi e rozzi toccamenti le parti pudende colla falsa idea di dilatarle; che anzi così adoperando si disseccano, si gonfiano e si rendono meno atte al passaggio del feto. E pratica erronea ella è pure il respingere indietro il coccige, perchè la curva di esso determinando una via rivolta all'apertura esterna delle parti sessuali dirige la discesa naturale del feto.

50. Prima della rottura delle membrane la donna è in libertà di passeggiare, accudire, e si andrà intrattenendo con piacevoli discorsi; ma al rompersi delle membrane incominciano allora gli uffizi dell'ostetrico. Ordinariamente la borsa delle acque si apre quando ha già soddisfatto allo scopo di dilatare compiutamente l'orifizio uterino (§. 40.) Ma non sempre questa rottura si fa nel debito tempo e modo: or troppo sollecita, or troppo tarda, nell'un caso e nell'altro nuoce al travagiio del parto. Quando la borsa si rompe presto, l'orifizio dell'utero si dilata con più stento, perchè la testa del feto troppo solida venuta a contatto col suo contorno nell'atto delle contrazioni, lo irrita; il feto è troppo esposto alle contrazioni immediate dell'utero mancando l'intermezzo delle acque, onde corre pericolo di perire, o di nascere asfittico. Inoltre si disseccano le parti genitali. Se poi

si rompono troppo tardi, il feto esce inviluppato nelle membrane, il cordone rischia di strapparsi, o di staccarsi troppo presto la placenta, o di rovesciarsi l'utero. Quando invece di rompersi verso il centro dell' aperto orifizio uterino, cioè verso il loro estremo ovoideo, le membrane si rompono al di sopra, e dai lati, le acque colano lentamente gocciolando, la borsa non si tende all' atto del dolore, il travaglio è languido, lungo ed inerte. In questo caso è d' uopo rompere lé membrane verso il centro dell' orifizio uterino. È d' uopo inoltre romperle quando compariscono flaccide, e allungate in vagina a forma di budello: quando vi è strabocchevole quantità di acque, per prevenire un parto precipitoso, l' inerzia uterina, o l'emorragia: quando le doglie violente e frequentissime fin da principio minacciano la troppo sollecita espulsione del feto, e il vuotamento della cavità addominale: infine ogni volta che l' orifizio essendo aperto compiutamente, e la testa discesa nell' escavazione, la borsa tuttavia resistente non si apre spontaneamente. - La perforazione delle membrane si fa nel tempo della doglia, urtando colla punta dell' indice contro la tesa borsa, o scalfendole coll' unghie, o pizzicandole, o quasi graffiandole, o pungendole coll' ago appuntato di Stein, o meglio aprendole con forbici ottuse. Un' avvertenza necessaria, se l' utero è inattivo, è: quando dopo avere rotto le membrane non scolano tutte le acque, di sollevare la testa per far discendere le acque

rimaste indietro: lo che serve talvolta a rianimare il travaglio.

51. Appena colate le acque si dee rivisitare la donna; che allora meglio si conosce la parte che si presenta, e la sua posizione, ed è questo l' istante più favorevole per ricondurre, se fia d' uopo, le parti in buona posizione. Molti letti, sedie e situazioni varie sono state inventate dagli ostetrici di diverse nazioni, ed ogni nazione e paese ha le sue proprie; donde si può inferire che in ciascuna la donna può partorire. La migliore e la più comoda situazione per la donna di parto è l' orizzontale supina su di un piccolo letto duro trapuntato con un ritegno in fondo al letto per puntello ai piedi, un alto guanciale, o materasso sotto il bacino, ripiegato in modo da lasciare liberi il perine, e il coccige. La qual posizione giacente supina è poi necessaria ed indispensabile nelle donne esposte ad emorragia, al prolasso od obliquità dell' utero, all' ernia, all' idrometra. Nei quali casi si avrà inoltre la cura di sostenere colle dita applicate intorno ai suoi bordi il collo dell' utero, affinchè la testa non lo trascini seco: di contenere l' ernia con cinto o con le dita: di raddrizzare l' obliquità dell' utero, portando con una mano sul ventre il fondo del viscere verso il centro dell' addome, ed afferrando con le dita dell' altra in vagina piegate ad uncino i labbri della bocca uterina per strascinarla verso il centro pelvico, e tenendovela fissa, finchè

siasi impegnata la testa; ovvero facendo coricare la donna sul lato opposto. Quando la testa è per superare il perineo, e che questo si fa prominente, minacciando di rompersi, è necessario di sostenerlo col palmo della mano stesa sul piano inclinato del perineo in modo che il bordo radiale delle dita guardi in alto, e il pollice si protenda sul gran labbro destro a guisa di corno di luna: con che, oltre l'impedire la lacerazione del perineo, si favorisce il rovesciamento all' indietro dell' occipite. Talvolta la testa stentando a disimpegnarsi, si può uncinare con uno o due dita, insinuate lungo la concavità del sacro, il mento, e ajutarne lo sviluppo: similmente per aiutare l' uscita del tronco si alza la parte già uscita verso l' arco del pube. Uscita la testa, si dee subito portare le dita sul collo del feto, per vedere se fossevi avvolto il cordone; svolgerlo se si può, se nò, reciderlo tosto. Quando poi la testa si presentasse nella terza e quarta posizione (§. 44.) e queste fossero conosciute per tempo, converrà procurare di correggerle, cambiando la terza nella seconda, la quarta nella prima. La natura opera talvolta da se questo cambiamento. Del resto il parto per l' estremità pelviche richiede maggiori soccorsi, i quali si esporranno parlando del parto manuale.

52. Allora quando il travaglio del parto si illanguidisce, si sospende, o come dicono, si raffredda, si rianima con mezzi diversi appropriati alla causa operatrice del ritardo. Quan-

do il rallentamento dipende da pletora generale o parziale riconoscibile al temperamento, ai polsi pieni, viso acceso, occhi iniettati, anelito, senso di orgasmo, il travaglio si rianima col salasso. Altre volte, singolarmente nelle donne provette, procedendo da una certa rigidità, o spasmo delle fibre uterine convengono oltre il salasso i bagni tiepidi, gli anodini, le fumigazioni calde, le unzioni oleose, e la pomata di estratto di belladonna sull' orifizio uterino. Infine può il travaglio essere languido per inerzia uterina, spossamento della donna cagionato dal travaglio stesso del parto prolungato, o da inedia, emorragie, tristi cure dell'animo, convalescenza: e allora è evidente la indicazione di rianimare le forze col riposo, coi refocillanti, analettici, con regime nutriente. La segale cornuta è rimedio efficacissimo a risvegliare le doglie del parto illanguidite, rade ed inerti. Quando vi sia pletora, sarà bene prima salassare, e passare quindi all' amministrazione della segale. Del resto si può impiegare con profitto qualunque siasi la causa, onde procede il ritardo del travaglio, purchè 1. non vi sieno ostacoli al parto. 2. Il collo dell' utero sia ben disposto. 3. la testa impegnata. Si dà in polvere infusa nell' acqua da un mezzo denaro fino a un denaro, e ripetendo la dose, se sia d' uopo.

53. Uscito il feto, si colloca ai lati della coscia materna per difenderlo dal sangue fluente dall' utero, mentre si lega e si taglia.

il funicolo. La legatura si fa con un nastrino (già all'uopo preparato) composto di più fili incerati, circa un pollice distante dall'anello ombilicale: dev' essere assai strinta perchè non isfugga, e maggiormente, se il cordone sia grosso per infiltrazione, o varicosità, ed allora prima d' allacciare, è bene spremere con due dita l'umore dal ventre verso il capo reciso. Similmente se il funicolo è grosso, infundibiliforme presso l'anello (indizio d'ernia intestinale) è d' uopo respingere l'ernia prima di allacciare. Ordinariamente appena il neonato ha emesso un vagito e respirato, si allaccia, indi si recide il funicolo con cesoje.

Ma quando il bambino nasca apoplettico, è necessario tagliare prima il cordone, fare gocciolare abbondantemente le arterie di esso, onde liberare con questo salasso i vasi del capo da una congestione mortale; o se la legatura fosse stata inopportunamente fatta, tagliare al di là di essa per fare zampillare i vasi, indi legare di nuovo. La legatura poi sulla porzione del cordone della placenta altra volta praticata, oggidì si riconosce inutile, fuorchè forse in qualche caso di parto gemello sul funicolo del feto prima espulso, ove mai fossevi commercio vascolare fra le placente.

54 Che se per contrario il feto nasca in istato di asfissia a cagione di emorragia, o malattie della madre, di compressione tollerata dal funicolo, di stirature del rachis nel

parto manuale, si dee legare prima di tagliare il cordone. Anzi è consiglio de' più di lasciar intatto per alcun tempo il cordone, per conservare la comunicazione con la placenta, la quale ove ricevesse tuttora sangue dalla madre, può servire a ravvivare il bambino. Ma soprattutto si provvede all' asfissia del neonato sgombrando tosto la retrobocca dalle mucosità che talvolta la ingombrano con un dito in gola, o con morbido pennellino, indi praticando con tutta sollecitudine, e con insistenza delle fregagioni lungo la spina, immergendo il corpo del feto in bagno tiepido, aromatizzato, e promovendo l' azione de' muscoli respiratorj e dei polmoni collo scuotere il torace, tirare sul funicolo in basso; soffiando direttamente nelle vie aeree con la bocca, o per mezzo di tubi artifiziali; facendo dei clisteri acri ec.

55. Tagliato, e legato il funicolo, la porzioncella che rimane pendente al ventre del bambino si avvolge fra le pieghe di una pezza addoppiata e fessa per metà, onde riceva entro di se questa estremità del cordone, che si dissecca e cade in pochi giorni.

56. Separato il feto dalla madre, si netta dalle immondezze, e dalla vernice albuminosa che cuopre la sua cute, e singolarmente all' inguini, alle ascelle, dietro gli orecchi con acqua tiepida saponosa, o leggermente aromatizzata con vino tiepido.

57. Il parto gemello non si conosce che introducendo la mano in vagina, e tastando

il ventre della donna dopo l' espulsione del primo feto: lo che non dee mai pretermettersi dall' ostetrico. E il secondo feto può restare più o meno di tempo nell' utero: talvolta è espulso poco dopo il primo: tal altra fino dopo alcun giorno, singolarmente se sia rinchiuso in sacco suo proprio. Del resto il parto si compie dalla natura secondo gli stessi principj del parto unico. Se non che i corpi dei gemelli, o trigemelli, impacciandosi reciprocamente, od urtandosi, se mai nuotassero nelle stesse acque senza tramezzo membranoso (§. 25.) possono di leggieri perdere il paralellismo, e presentarsi viziosamente, cioè incrociarsi fra loro, o collocarsi obliquamente rispetto all' asse dell' utero e del bacino. Laonde la prima e più favorevole condizione al parto gemello si è che l' estremità ovoidee di ciascun feto si presentino successivamente al bacino, e non tutte a un tempo.

CAP. 10.

Della liberazione

58. Dopo espulso il feto, ed allontanato dal letto di parto, si fanno delle fregagioni blande sull'ipogastro col doppio oggetto di favorire il rientramento dell'utero su se stesso, e l'espulsione delle secondine omai distaccatesi. Questa è annunziata da leggiere doglie, più pronte dopo un travaglio assai lungo, più tarde se il travaglio è stato sollecito, e l'utero disteso da soverchia quantità di acque: e quando il sentire la donna queste nuove doglie, il globo uterino duro sull'ipogastro danno indizio che il viscere entrando in nuove contrazioni, tende a liberarsi, si favorisce, e si ajuta l'uscita delle secondine esercitando leggiere e metodiche trazioni sul cordone. Al quale intendimento si tiene fra le dita di una mano avvolto in pezzolina il cordone, perchè non scivoli, e si introducono alcune dita dell'altra, scorrendo dinanzi ad esso fino verso l'orifizio uterino, colle quali si preme il funicolo in basso, e all'indietro, mentre coll'altra si tira l'estremità del cordone. Giova pure nell'atto che si preme in basso, l'alzare il pugno facendo fare alle dita col dorso rivolto verso l'arco del pube, un moto di altalena. Allora le dita in vagina

rappresentano un vette di primo genere, e una carrucola disposta in guisa che la placenta scenda a seconda della direzione degli assi dei due distretti. Quindi si vede che il tirare direttamente in avanti sotto l'arco del pube è un agire contro ogni regola: e ciò pur fanno rozzamente alcune levatrici; lo che accrescendo la resistenza, espone a rottura del funicolo, ed allora si manca di una guida per rintracciare la sede della placenta, quando fosse duopo portare la mano nell'utero. Sovente poi la placenta già espulsa fuori dell'utero, rimane impegnata nella vagina, e ciò singolarmente succede nelle primipare, nelle quali l'elasticità maggiore della vagina la fa rientrare su se stessa, appena espulso il feto, o quando la placenta è oltre modo grossa, o ingorgata di sangue. Altre volte sono dei grossi coaguli rimasti in dietro trattenuti, ed involti fra le membrane, che le impediscono di discendere. Quando la placenta è alla vulva, si sostiene colla sinistra in supinazione stesa in traverso dinanzi al perineo, e si raccoglie fra le due mani, e così abbrancata si ripiega su se stessa per contorcere a guisa di fune le membrane, che sono indietro. Del resto quando non vi sono accidenti, si può, anzi si dee aspettare qualche ora prima di procedere all'estrazione della placenta mediante l'introduzione della mano nell'utero.

59. Ma la liberazione si può complicare con alcuni accidenti, i quali domandano special attenzione. Tali sono l'inerzia uterina,

l' insaccamento della placenta, la sua aderenza morbosa alle pareti dell' utero, lo spasmo del collo uterino, accidenti che ritengono la placenta, o si oppongono ad una pronta liberazione: la metrorragia, le convulsioni, le sincopi, le quali impongono le necessità di sollecitarla.

60. Prima di passare all' artificiale estrazione della placenta coll' introduzione della mano nell' utero, tuttavolta che l' uscita di essa si fa troppo a lungo desiderare, si dee ricorrere all' iniezioni fatte per la vena ombilicale secondo il metodo di Mojon. Esso consiste nello spingere per mezzo di un sifone dell' acqua fredda semplice, o leggermente acidulata per l' estremità recisa della vena della porzione di funicolo, che rimane attaccato alla placenta: il fluido scorre fino nel parenchima della placenta, e ne promuove e sollecita il distacco e l' espulsione, eccitando piccole doglie e contrazioni uterine. E certamente quest' utile ritrovato può spesso risparmiare l' introduzione della mano nella cavità uterina, e molti di quei mali, che conseguitano a questa manovra.

61. L' inerzia uterina, riconoscibile alla flaccidità e distensione del viscere, succede nelle donne dilicate, sfinite per emorragie, o spossate da lungo e penoso travaglio; o dopo un parto precipitoso. L' estrazione della placenta, finchè sussiste l' inerzia, produrrebbe il rovesciamento del viscere, o l' emorragia: onde innanzi tutto si dee con forti pressioni

e confricazioni sull' ipogastro, coi diffusivi, cogli analettici, colla segale cornuta rianimare l' illanguidito potere dell' utero, e di tutto il sistema. Così l' utero può ricuperare la facoltà di espellere spontaneamente la placenta. Nulla dimeno v' è appena a sperare, generalmente parlando, che la placenta sia espulsa dalle sole forze dell' utero, dopochè sia stata ritenuta alquante ore. Noi possiamo quindi considerarci come giustificati a introdurre allora la mano nell' utero; con che si provvede ad un tempo all' inerzia, eccitando le sue pareti, e si estrae la placenta.

62. Dicesi placenta insaccata, quando è rinchiusa in una cellulà, o ciste formata dalle stesse pareti uterine. La qual ciste si concepisce potersi formare in più modi. Può l' utero contrarsi irregolarmente, sicchè una parte di esso resti nell' inerzia, mentre l' altra si contrae; onde la placenta può restare verso quella porzione di cavità, che è rimasta per inerzia più ampla, e ciò accade secondo l' osservazioni di Levret, e di Plesman a quella porzione che corrisponde alla placenta: o al contrario la placenta distaccata può essere spinta dalle contrazioni disuguali dell' utero in quella porzione di sua cavità meno disposta a contrarsi. Ma la causa più naturale, e forse più frequente dell' insaccamento è la contrazione delle fibre dell' orifizio interno del collo dell' utero per una tendenza, che devono naturalmente conservare a contrarsi: onde nelle primipare singolarmente, appena il tron-

co ha valicato l' orifizio suddetto, queste fibre obbedendo alla loro naturale tendenza, fanno che l' orifizio si ristringa ben tosto, dopo che è vuotata la cavità dell' utero, il quale allora assume la forma di zucca a due ventri col colletto intermedio, restando la placenta rannicchiata nella cavità del corpo; per arrivare alla quale bisogna traversare, e superare la resistenza dell' orifizio interno del collo più o meno contratto. Tal volta nello incantonamento della placenta vi ha più di un ristringimento, e questa massa può esser talvolta strozzata fra l' uno e l' altro. Altro modo di strozzamento ho io pure osservato, che consiste nell' essere la placenta pendente in parte in vagina, in parte entro l' utero, e incarcerata dall' orifizio spasmodicamente contratto. - Nel caso d' insaccamento pertanto per lo più è d' uopo fare la liberazione artificiale, quantunque l' osservazione dimostri che la donna talvolta si liberi da se medesima ; onde prima di passare alla manovra, sarà prudenza il vedere, se le fumigazioni, gli anodini, la calma, le frizioni sull' ipogastro bastino a sciorre lo spasmo uterino, unico ostacolo alla liberazione spontanea.

63 L'estrazione della placenta si fa introducendo in vagina una mano, spalmata d' olio secondo l' asse dello stretto inferiore, mentre coll' altra si tiene avvolto fra le dite il cordone. Arrivati all' orifizio dell' utero si procura colle dita di riconoscere dalla direzione del cordone la sede della placenta, per tirare nel seu-

so dell' asse longitudinale dell' utero: ma siccome quest' asse può inclinare, e deviare più o meno da quello del distretto, portandosi in avanti, a destra, a sinistra secondo la posizione, forma e direzione che prende l' utero dopo l' uscita del feto, così sarà bene dirigere le trazioni più o meno ora ai lati, ora all' indietro. Le quali riuscendo vane, è forza allora inoltrare la mano in cerca della placenta. Quando essa risiede, com' è d' ordinario, in uno dei lati dell' utero, è meglio servirsi a preferenza di quella mano, che naturalmente volta il dorso alle pareti uterine; tolto il caso che sia duopo distaccare la placenta dall' alto al basso; chè allora torna meglio usare la mano che riguarda col palmo l' interno dell' utero. Giunti in cavità il funicolo se è tuttora intatto, serve di guida alla di lei sede; se nò, si va cercando la parte più liscia, più crassa delle pareti uterine, sparsa di rete vascolare, ove la donna non senta o poco, il tatto della mano operatrice. Ivi o la placenta è tutta aderente, e se ne comincia il distacco dal margine, o è staccata per una parte di sua circoferenza, e girandovi attorno si afferra come un foglio di carta, cioè colle quattro dita rivolte a piatto col dorso verso la parete interna dell' utero, e la placenta fra il palmo della mano e il pollice; nel qual tempo si dee tenere applicata l'altra mano sul ventre, per fare che l' asse dell' utero coincida coll' asse dello stretto addominale. Altre volte la placenta aderente tutt'all' intorno con la periferia,

è staccata nel centro : lo che si riconosce alla presenza di una elevatezza sporgente nell' utero; allora si afferra colle dita insieme riunite tirandola a sè. Infine alle volte si trova natante nella cavità uterina, ed è facile il prenderla. Alcune volte a meglio afferrarla quando è aderente, è utile il forarla, insinuandovi per entro uno o due dita a guisa d' uncino, e poscia tirare a sè.

Nell' insaccamento si comincia dal dilatare con graduata e successiva introduzione delle dita il cerchio della ciste, e alcune volte questo primo tentativo ha bastato a far contrarre l' utero, e fare cessare l' incantonamento della placenta.

64. Finalmente quando la placenta si trova o tutta o in parte così aderente o quasi immedesimata coll' utero da non potersi distaccare fuorchè lacerandola insieme col tessuto uterino, è meglio lasciarla. Che se grandi sono i danni della placenta rimasta nell' utero, non è per certo sorgente di minori accidenti l' ostinarsi ad un impossibile o forzato distacco della medesima. La quale poscia a poco a poco suppura, marcisce, e si stacca disfatta, ed impicciolita, uscendo con la marcia per la vagina. Laonde se ne promuoverà il distacco e l' uscita con iniezioni ammollienti, e quindi colle antisettiche e detersive si cercherà di correggere gli effetti dell' icore tramandato dal suo disfacimento. Sembra provato da parecchi esempj, che essa possa dissiparsi, e svanire nella stessa cavità uterina per via di assor-

bimento; e dopo l' aborto io pure ho esempj di placenta rimasta nell' utero, almeno non comparsa malgrado le più scrupolose attenzioni a tutto ciò che usciva dall' utero. Forse non è irragionevole il pensare che alla foggia delle pseudo-membrane talora s' immedesimi col tempo colle pareti uterine, facendo con queste continuità di tessuto. Del resto la presenza della placenta nell' utero non ha impedito un nuovo concepimento, ed è stata quindi espulsa all' occasione del nuovo parto. (*)

65. Nella gravidanza composta dopo l' espulsione del primo feto non si dee essere solleciti di cooperare alla estrazione della placenta, perchè le placente dei gemelli possono essere insieme connesse (§. 25.) Che se le placente dei gemelli scendessero spontaneamente dietro al primo, è evidente la neccssità di sollecitare il parto del secondo, che è in procinto di perire esangue. E se le placente confuse incontrino ostacolo ad uscire pel troppo volume, si tira sul cordone prima uscito, o si afferrano con la mano in modo da farle imboccare coi lori margini.

(*) Ve'peau pagina 484. opera citata.

CAP. 11.

Del Puerperio

66 Il puerperio è quello stato dell' economia organica della donna, il quale abbraccia quel periodo di tempo che dal parto dura fino al cessare delle conseguenze naturali del parto.

67. Il trattammento del puerperio può riguardare o le cure locali dovute alle pareti dell' addome, al seno, e alle parti genitali esterne; o lo stato universale della donna.

A Per ben dirigere il puerperio vuolsi porre attenzione alle cose dette non naturali, cioè aria, luce, regime, sonno, quiete, affezioni dell' animo e secrezioni.

1.° Fra le secrezioni ed escrezioni meritano nelle puerpere singolare riguardo il latte e i lochj. I lochj sono una secrezione della superficie interna dell' utero, che comincia dopo il parto, e si continua per un tempo più o meno lungo, cioè da quindici a venti giorni, e più oltre ancora. La loro durata determina quella del puerperio. Sanguigni in principio, assumono dopo pochi dì una apparenza linfatica, quindi puriforme, o mucosa: esalano un odore graveolente *sui generis*. Pare che provengano dall' estremità esalanti dei vasi uterini nel restringer-

si che fa l'utero, e sgravarsi degli umori. Ciò è tanto più verisimile, perchè in alcune donne, specialmente quando il parto è stato troppo sollecito e con poche doglie, l'uscita delle prime sierosità sanguigne s' accompagna, e forse genera dolorose contrazioni uterine, (dette morsi uterini) per gli sforzi del viscere non compiutamente rientrato nel tempo del troppo sollecito travaglio, dirette a liberarsi dei grumi, od altro corpo straniero. Onde succede quasi costantemente che quanto più il parto è stato speditivo, tanto più i primi dì del puerperio sogliono essere accompagnati dai dolori uterini: scontando così la donna la speditezza del travaglio con l' amarezza di quelli: a calmare i quali occorrono gli olj soli, o maritati agli anodini, i topici emollienti, il rompere colle dita a traverso l' orifizio ed estrarre i grumi ec. – La secrezione del latte, già preparata con leggero trasudamento d' una sostanza detta colostro nella gravidanza, s' annunzia con febbre così detta lattea, la quale si manifesta tre o quattro giorni dopo il parto coi caratteri di un' efemera prolungata, accompagnata da sete, cefalalgia, polsi ampli e frequenti, pelle arida urente, e turgore doloroso alle mammelle. Lo scolo dei lochj sminuisce, o si sospende durante il suo corso. Si è disputato sulla etiologia di questa febbre, ma pare che non si possa dubitare essere l' effetto del turgore prodotto dall'afflusso del latte alle mammelle, e da una certa resistenza dell' organo alla prima escrezione. Impercioc-

chè nelle donne robuste, in quelle che non allattano, o che traspirano poco, viene più risentita e durevole: al contrario manca, o è appena sensibile nelle sobrie, nelle deboli, o in quelle che allattano la prole. Si previene e si cura collo svotare per tempo il seno, colla dieta, colle bevande nitrate. Quindi si vede, che il miglior mezzo per opporsi alla secrezione lattea nelle donne non destinate all' allattamento, è l' impedire, o sviare l'afflusso degli umori alle mamme; lo che s' ottiene con dieta severa, coi purgativi, colla leggiera compressione del seno, e con fomenta anodine. Nell' inverno poi è necessario guarnire il seno con moribide pelli, con pezze di lana, od ovatta per difenderlo dall' impressione dell' aria, la prima e più possente cagione acconcia a disturbare la secrezione lattea, e produrre congestioni e flegmoni alle mammelle.

2.° La donna acquista nel puerperio una sensibilità straordinaria: le più leggiere impressioni, forse impercettibili ai sensi altrui, ed ai suoi stessi fuori del puerperio, la commuovono vivamente. Quindi è necessaria la maggior purezza dell' aria, l' allontanamento della luce, di ogni immondezza dalla sua stanza, di ogni piacevole, o dispiacevole odore: è duopo pure evitare le brusche impressioni dell' atmosfera, l' incontro di due correnti atmosferiche, l' aria troppo fredda e troppo calda: onde sarà bene in ora opportuna aprire per

brievi istanti le finestre affine di rinnovare l'aria della camera, e cambiarne la temperatura.

3.° Ed appunto in vista di questa maravigliosa sensibilità propria della puerpera si avrà cura di regolare gli affetti dell' animo per modo da rimuovere da essa ogni tristezza, la sorpresa, le liete e tristi notizie, l' ira, l' amore: onde le si nasconderà destramente la morte, le imperfezioni, e talvolta pure il sesso del feto; si eviteranno le visite importune, la vista di ogni oggetto sgradevole, la conversazione loquace, ec.

4.° e 5.° Il cibo deve esser parco nei primi giorni, e più nelle donne che non allattano la propria prole: la bevanda deve essere di brodo leggero, o di acqua acidulata: le bevande troppo fredde, o troppo calde sopprimono del pari i lochj. L' uso del vino non si potrà concedere che dopo trascorso il periodo della febbre lattea.

6.° È un errore di alcuni scrittori, e un pregiudizio del volgo il proibire alle donne il sonno nelle prime ore dopo il parto. Con quel senso di lassezza generale, e quel tremito che spesso le assale dopo il travaglio del parto, il sonno anzi le ristora in guisa che da esso si destano col sentimento della miglior salute, e dimentiche dei sofferti dolori.

B. Mal grado le declamazioni di La-Motte e Levret la pratica di fasciare il ventre è utile, non solo per sostenere i muscoli addominali, ma specialmente per opporsi alle flussioni dei vasi aortici addominali, ai quali

per il votamento repentino dell' utero il sangue si trasporta come dopo la paracentesi nell' ascite.

Le parti genitali esterne si detergono tratto tratto con decozioni emollienti, e se sienvi escoriazioni, o leggere lacerazioni della forchetta si terranno continuamente coperte con fomenta, irrorazioni della stessa natnra. Le lavande astringenti, e aromatiche, praticate anche oggidi da alcune levatrici con false vedute, sono certamente dannose.

CAP. 12.

Delle cause in genere del parto non naturale

68. Fin qui abbiamo supposto procedere il parto secondo l' ordine naturale. Ma spesso è necessario il ministero efficace dell'arte, la quale viene in soccorso colla mano or *nuda*, or armata di strumento *innocente, o vulnerante.*

La cause principali che possono ostare alla naturale e felice terminazione del parto complessivamente considerate sono.

1 ° Alcuni accidenti o complicazioni, ora relative alla madre, ora al feto, le quali preesistono o intervengono nel travaglio del parto. Tali sono in quanto alla madre l' inerzia dell' utero, l' emorragia, la somma debolezza, le sincopi, le convulsioni, lo stringimento del collo dell' utero sul corpo del feto in parte uscito, un ernia, un aneurisma, le idropi, la rottura dell' utero, la placenta attaccata verso il di lui collo. In quanto al feto lo strappamento del cordone, la sua procidenza in vagina.

2. ° Le viziose posizioni del feto.

3. ° I vizj di organismo alteranti la forma, o la sede di alcuni organi della madre o del feto. Rispetto alla madre i difetti del baci-

no, ed altri dell' apparecchio genitale (§. 6. 14.), le inclinazioni forti, ed altre deviazioni dell' utero e del bacino, lo scirro del collo uterino. Riguardo al feto il funicolo o troppo lungo o troppo corto, le mostruosità per eccesso di parti, l' idrocefalo. Molte delle quali cause meritano speciale trattazione, della quale andiamo ad occuparci.

CAP. 13.

Della metrorragia

69. L' emorragia uterina è così frequente, e forma un così grave accidente nei diversi periodi della gravidanza, e del parto, che ho reputato conveniente esaminarla non solo come complicazione del travaglio del parto, ma come distinta e special malattia delle gravide. Essa dunque può avvenire avanti il parto, nell' atto del parto e dopo di esso. Inoltre il sangue può comparire al di fuori della vulva, o accumularsi latente nella cavità uterina, o nel sacco delle membrane, o fra l' utero, e la placenta distaccata nel centro.

70. Le cause della metrorragia nel corso della gravidanza sono il distacco violento parziale della placenta, la congestione sanguigna dell' utero prodotta da pletora, la rottura del cordone, e particolarmente l' attacco della placenta al collo dell' utero.

Durante il travaglio del parto la causa efficiente n' è pure l' inserzione anzidetta della placenta al collo, o il distacco parziale della medesima. Dopo il parto è l' inerzia dell' utero la causa quasi costante di questo accidente. Infine perchè il sangue si accumuli internamente si richiede un ostacolo alla sua uscita dall' orifizio uterino, cioè o uno spasmo

dell' orifizio, o più spesso dei grossi grumi, la placenta staccata, la testa del feto otturanti l'orifizio, o l'integrità delle membrane, quando il sangue esce dal cordone strappato, corroso e che si raccoglie nel sacco dell' amnios.

71. I segni d' emorragia interna sono il non sentirsi dopo il parto il globo duro fatto dall' utero all' ipogastro, ed invece il sentirsi sotto le pressioni un corpo floscio, il qnale va cressendo, e riempiendosi come un otre, mentre la donna impallidisce, si cuopre di freddo sudore, cade in deliquio, perde i polsi, prova fischio negli orecchi ec.

Si conosce che la metrorragia procede dall' inserzione della placenta al collo uterino quando il sangue fluisce nell' atto delle contrazioni uterine, rallentasi durante la calma: le perdite sono ricorrenti (§. 25.) sul fine della gravidanza, e si fanno sempre più abbondanti fino a condurre la donna in gran sfinimento. L' esplorazione fa riconoscere all' ingresso dell' utero invece del sacco delle membrane un corpo spugnoso molliccio, il quale si lascia penetrare dal dito, e meno friabile di un grumo sanguigno, col quale potrebbe per avventura confondersi.

72. La metrorragia e specialmente l' interna, è uno dei più terribili accidenti e delle maggiori sciagure che possono intervenire nell' esercizio dell' arte, e capace di far perire la donna impensatamente in pochi istanti, e fralle mani stesse dell' ostetrico.

73. La cura della metrorragia varia secondo le diverse cause, e nei diversi periodi dianzi accennati. Così può essere quella comune alle emorragie in generale, e speciale ai diversi casi.

I mezzi in generale praticabili, e praticati contro la metrorragia sono: 1.° Il salasso, quando la perdita è mediocre, e quando e l'effetto di una congestione sanguigna, o del *molimen hæmmorragicum*. 2.° Gli astringenti, i refrigeranti, le fredde applicazioni locali. 3.° La segale cornuta: la quale eccitando le contrazioni uterine, ristringe i vasi, e favorisce e provoca l' uscita dell' uovo. Quindi è manifesto non giovare che indirettamente, e che non è permesso usarne finchè non si è certi della morte del feto, o della sua incapacità a vivere, o che l' espulsione dell' uovo è inevitabile. 4.° Il metodo del Puzos, il quale consiste nel dilatare l' orifizio con graduata e successiva introduzione delle dita; risvegliare le contrazioni uterine, e quindi rompere le membrane. 5.° Il parto manuale: per far il quale non si aspetterà sempre la compiuta dilatazione dell' orifizio; ma una volta che la natura, ed i mezzi or indicati hanno suscitato un principio di travaglio, purchè quello sia molle e dilatabile, è evidente che è meglio vincere con qualche violenza la resistenza dell' orifizio, che abbandonare la donna agli effetti rapidamente fatali di strabocchevole perdita. 6.° Il tamponamento inventato e preconizzato dal Leroux. Nell' emorra-

gia per aborto esso favorisce il grumo che dall' apice dello zaffo estendendosi a guisa di cono sin oltre l' orifizio uterino, sollecita le contrazioni dell'utero, le quali quando hanno acquistato assai di validità, espellono a un tratto e grumo e zaffo e placenta, liberando nel tempo stesso dalla perdita. Le opinioni sono state quindi divise sul merito di questo mezzo emostatico. Il Capuron ed altri lo hanno rigettato nelle perdite dopo il parto, e accompagnate da inerzia. L' otturamento secondo lui chiudendo allora la via al sangue per la vagina, lo fa accumulare nella cavità uterina, la quale si distende sempre più: ma i fatti provano che il tamponamento è valevole a sollecitare le contrazioni uterine, e quindi a ristringere la vuota cavità; onde nella insufficienza degli altri mezzi i pratici moderni vi ricorrono non meno che in altre emorragie avanti il parto.

Il miglior modo di applicarlo consiste nell' introdurre fin oltre l' orifizio uterino un pezzo di tela a guisa di saccoccia, la quale si empie di stuelli successivamente introdotti, come nell' otturamento delle narici per l' epistaxis, sui quali si applicano poi esteriormente delle compresse sostenute da fascia a T. La fascia addominale con compresse pure graduate sull' ipogastro potrebbe sostenerne l' azione massime nei casi d' inerzia. 7.° La compressione del viscere, o quella dei gran vasi contro la convessità delle vertebre. 8.° I revulsivi, ira i quali è singolarmente utile

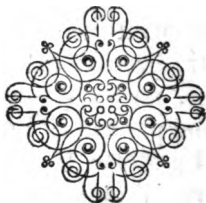
un largo senapismo fra le scapole, le coppe alle mammelle già vantate da Ippocrate, o la suzione forte di esse.

Nell'emorragia da inserzione della placenta verso il collo, se le perdite cominciano prima del parto, si cercherà innanzi tutto di moderarle col riposo, coi refrigeranti, e in caso di ostinazione coll' otturamento della vagina. (6) Che se poi si facessero tanto profuse da porre in pericolo la donna, non rimane che sollecitare il parto col dilatare l' orifizio per mezzo del dito, o introducendovi un cilindro di spugna preparata, o coll' aprir le membrane, o col far fregagioni sul ventre, o col titillare il collo dell' utero, o coll' animarne le contrazioni per mezzo della segale cornuta. All' atto del parto poi, oltre l' emorragia, succede che, se la placenta si impianta tutta all' intorno dell' orifizio, corrispondendo il centro di questo al centro della placenta, la testa del feto sospinta dalle contrazioni uterine se la caccia avanti: dal che ne segue che la placenta precedendo il feto nell' uscita, non gli comparte più sangue, ed egli è perciò in gran rischio di perire. Laonde l' ostetrico passerà la mano fra la placenta e l' utero da quella parte ove è già distaccata, o dove girandovi attorno, si trova più agevole lo staccarla, romperà le membrane, e farà la versione del feto, avvertendo di staccare solo la porzione di placenta necessaria al passaggio della mano. Talvolta dopo la rottura fatta delle membrane

si arresta l' emorragia, l' utero si contrae sul feto e lo espelle; onde allora vedendo la cosa disporsi così favorevolmente, si può abbandonare il parto alla natura, singolarmente se la placenta si attacchi all' orifizio col suo margine, e non col suo centro. Ma in questo ultimo caso è quasi indispensabile il fare sollecitamente il parto manuale. Ma il passar di fianco alla placenta è senza fallo miglior consiglio che il perforare colle dita questa massa per entrare nell' utero, precetto pericoloso, comunque rinnovato, e sostenuto da Meygrier, e da Almagrand.

L' emorragia da inerzia uterina, la quale interviene dopo il votamento dell' utero, si cura, facendo sdrajare immediatamente la donna su letto duro senza piume a corpo tutto nudo, o appena coperto per la decenza, e mentre con una mano si fanno forti fregagioni sul ventre per torre l' utero dallo stato d' inerzia, l' altra prontamente introdotta nella cavità uterina, ne va solleticando francamente le interne pareti. L' introduzione della mano, dice La-Motte è il più sicuro mezzo di far cessare l' inerzia e l' emorragia: nell' istesso tempo se l' emorragia incalza, un ajuto injetta in cavità dell' acqua fredda acidulata. Alcuni portano nella mano stessa introdotta un limone sbucciato per lasciarlo in cavità, o soffregarne qua e là le pareti del viscere. Una spugna intrisa di osicrato lasciata in cavità, e legata ad un filo per poterla ritirare, cessato il bisogno, parrebbemi prefe-

ribile alle vesciche ripiene di fluidi già vantate da altri. Se poi l' emorragia è interna, coll' istessa mano nell' utero si riconosce la causa che trattiene il sangue in cavità. Se è lo stringimento del collo, si dissipa ben presto, titillando il medesimo: se sono grumi, o la placenta si tolgono via, e quindi colla mano in cavità si provvede all' inerzia, come si è detto. L' estrazione della placenta, finchè sussiste l' inerzia, non è certamente l' indicazione la più urgente, nè forse la più ragionevole, ma coll' istessa mano si provvede all' inerzia, e alla liberazione quasi ad un tempo medesimo.

CAP. 1[illegible]

Delle convulsioni

74. Le convulsioni possono sorprender la donna nel corso della gravidanza, e singolarmente sul fine; più sovente nel travaglio del parto, o dopo di esso. Poichè essendo la femmina proclive alle convulsioni per la natura della sua costituzione, è naturale che nelle tre indicate condizioni vi deve essere più che mai predisposta, ed in specie se primipara. Talvolta la donna soggiaceva già ai mali convulsivi avanti la gravidanza; più spesso si generano come effetto di questa. Le convulsioni delle gestanti assumono ora la forma isterica, ora la forma di speciale epilessia, la quale è stata distinta col nome di *eclampsia parturientium*.

75. Le nevrosi tutte, e singolarmente le convulsioni si attengono ad una condizione originaria predisponente, e ad una causa determinante, la quale provoca l' atto convulsivo. L' osservazione prova che quest' ultima può essere ora una locale irritazione idiopatica, o simpatica; ora uno stimolo commovente il sistema nervoso, o circolatorio; ora per contrario il difetto d' innervazione. Sulla guida di questo triplice elemento vuolsi considerare l' etiologia delle convulsioni nelle pregnanti.

Nella gravidanza, come nel parto, oltre le cause comuni, possono le convulsioni provenire: 1.° Da soverchia distensione dell'utero prodotta da più feti, o troppo fluido amniotico, da pletora, da pressione sui nervi principali, da soverchio afflusso di sangue al capo. 2.° Da soverchia resistenza del collo dell' utero o troppo rigido, o troppo sensibile, da coartazione dell' orifizio, o da tutt' altro ostacolo al parto, e da qualsivoglia irritazione locale propagata ai centri nervosi dalle parti genitali esterne. 3.° Da inanizione per emorragia, vomiti diuturni ec. Dopo il parto le convulsioni dipendono dalla ritenzione delle secondine, dalle operazioni tocologiche, dai fluidi che si versano nella cavità uterina decomposti ed assorbiti: da subito vuotamento dell'utero, o da emorragia, per cui manchi lo stimolo naturale necessario ai nervi e ai vasi.

Secondo le osservazioni a me occorse le primipare floride, bionde, di carnagione bianca, di temperamento sanguigno nervoso; quelle pure di forme rotondeggianti, nelle quali il cellulare nella gravidanza s' infiltra con lievi indizi di leucoflemmasia, vi sarebbero più predisposte. (1)

(1) Ho fra gli altri l' esempio di due sorelle con un loro fratello, somiglianti per sembianze e per temperamento, bionde, di bianca carnagione, di molle compage. Ambo le sorelle furono prese da eclampsia a gravidanza inoltrata, in una delle quali fu fatale. L'altra guarì, dopo corso grave pericolo, essendo stato provocato e sollecitato il parto, ed operata col forcipe del mio sostituto ed amico Dottor Nicolai. Il fratello morì pure di tetano.

76. Il male qualche volta si manifesta con violenti involontarj moti dei muscoli principali del tronco e delle membra, ora clonici, talvolta tetanici, conservandosi intatte le facoltà intellettuali. Ma per lo più si dichiara coi sintomi d' un accesso epilettico, cioè moti convulsivi e strani contorcimenti, perdita de' sensi interni ed esterni, versamento di bava dalla bocca, digrignar de' denti, finchè il parossismo o si scioglie per rinnovarsi dopo un più o meno lungo intervallo, o si converte in coma profondo.

L' eclampsia termina spesso in una mortale apoplessia: talvolta le succede la peritonite.

77. Si comprende di leggieri, che la cura della eclampsia dee variare secondo la natura delle cause, e che la investigazione accurata di queste è il fondamento di una retta terapeutica. Quindi ora le deplezioni sanguigne, le revulsioni coi pediluvj senapati, o cogli epispastici, i bagni tepidi, le fredde abluzioni sulla testa, i salini, i drastici; ora i nervini, gli analettici; ora i torpenti si dovranno secondo la varietà delle circostanze amministrare. Se non che le cause suscitanti l' eclampsia essendo quasi sempre del genere dello prementi o stimolanti il sistema cerebro-spinale, il metodo depletorio è quello che conviene nella massima parte dei casi, e che è stato più utilmente impiegato dai buoni pratici.

Ma oltre i presidj medici è manifesto che quando l' eclampsia minaccia la vita della don-

na, si dee considerare quanta influenza abbia la gravidanza o il parto sullo sviluppo dell' accesso, per quindi impiegare i mezzi atti ad accelerare, o provocare il parto, e terminarlo nell' attuale travaglio, purchè il collo già molle si lasci attraversare senza violenza, la quale irritando, accrescerebbe il male. E benchè talvolta le convulsioni perseverino anche dopo l' espulsione del feto, il più delle volte il vuotamento del viscere le dissipa secondo Moriceau e Menard, e si sono vedute donne partorire inscientemente durante l' insulto, e trovarsi così guarite definitivamente. Quindi nello stato di gravidanza inoltrata sarà permesso distaccare le membrane, o romperle. Nel tempo poi del parto terminarlo o con la versione, o col forcipe secondo lo stadio del travaglio, e lo stato delle parti genitali : e nei casi di durezza, o malattia del collo uterino, o coartazione del suo orifizio coll' incisione di esso. Dopo il parto l' estrazione di ciò che si contiene nell' utero, ed anco il titillamento delle sue pareti sono il mezzo idoneo a dissipare le convulsioni. In ogni caso prima di accingersi a terminare, sollecitare, o provocare il parto, un salasso sarà conveniente per diminuire la congestione al capo, e i pericoli d' un versamento, quando il parto non sia così ben disposto da potere terminarsi prontissimamente.

CAP. 15.

Dello stringimento spasmodico dell' orifizio dell' utero.

78. Questo può ostare al parto o impedendo la uscita del vertice, o delle natiche; o stringendosi sol collo del feto, o sul tronco, dopo che quello ha già valicato l'orifizio uterino.

79. Lo spasmo dell'orifizio dell'utero è spesso l' effetto della troppo sollecita rottura delle membrane, e della impazienza dell'ostetrico.

80. Si conosce da ciò che l'orifizio, dopo essersi dilatato si ristringe; i suoi orli son dolenti e gonfi: la donna è irritabile. Quando lo strignimento opera sul collo del feto, la testa è mobile in vagina; le doglie sono energiche; non resistenza delle parti molli, eppure la testa non avanza. Inoltre la mano introdotta, se pure è possibile, in vagina oltre la testa, sente il cingolo spasmodico. Quando l'orlo dell' orifizio strigne il torace nel parto pei piedi, tirando sù questi, invece di scendere il feto, si abbassa l' utero, che vien dietro alle trazioni.

81. Il forcipe non giova. Gli emollienti, e gli antispasmodici lo dissipano, e più di tutto il temporeggiare, e la pazienza dell'ostetrico.

CAP. 16.

Della rottura dell' utero, e della vagina.

82. Questa può procedere durante il travaglio del parto o da troppo violente contrazioni uterine per superare forti ostacoli al passaggio del feto, o mal dirette contro il margine pelvico per deviazioni del viscere; dagli stromenti, o da manovre senza metodo impiegate dall' ostetrico per terminare il parto. Può anche accadere lentamente nella gravidanza per una cronica esulcerazione delle pareti uterine proveniente o da colpi ricevuti sul ventre, o dal diuturno imprigionameuto di qualche punto del viscere contro i margini della pelvi nelle forti inclinazioni di esso, o dallo schiacciamento delle pareti poste fra la testa e i contorni del bacino. A norma della causa la rottura succede talvolta verso il fondo e corpo del viscere, più spesso verso il segmento inferiore, ove esso si congiunge col fondo della vagina, la quale pure partecipa della rottura. Talvolta questa è incompleta, restando intatto il peritoneo, o al contrario.

83. Quando avviene la rottura dell' utero la donna prova a un tratto un vivissimo senso di strappamento, al quale succedono lipotimìe, sudor freddo, meteorismo, cambiamento di forma nel ventre, cessazione delle doglie,

e in loro vece coliche con senso di angoscia, ansietà, singhiozzo, vomito: inoltre la parte che si presentava all'orifizio se ne allontana, e coll'esplorazione oltre la lacerazione si trova eziandio il più delle volte alcuna parte del feto insinuata per quella nel ventre rimanendo il resto nell'utero: altre volte tutto il feto cacciato nel ventre; ed altre infine, forse per essere già tropp'oltre impegnato, il feto non abbandona il suo posto.

84. Benchè questo sciagurato accidente sia quasi sempre fatale alla madre e al feto, sonovi alcuni esempi di guarigione o spontanea o procurata dall'arte. Se il feto fra labbri della lacerazione è entrato cogl'arti inferiori nel ventre, restando la testa nell'utero, si estrae per i piedi, insinuando, se è d'uopo, la mano nella cavità addominale: se la testa è già impegnata, si estrae col forcipe. Se è caduto o tutto, od anche la parte più voluminosa del tronco nell'addome, vien proposta la gastrotomia, come nella gravidanza extrauterina.

CAP. 17

Della procidenza del funicolo

85. La discesa del funicolo in vagina non indica già, come è stato creduto, la presentazione dell'addome; ma può esso presentarsi con qualunque altra parte del corpo.

86. Se il funicolo è pulsante, si dee innanzi tutto procacciare di rimuovere da esso ogni compressione, collocandolo verso una delle sinfisi sacro-iliache, ov' è maggiore spazio. Che se malgrado ciò prolungandosi il parto, e sofferendo esso compressione o per leggiera angustia, o per troppo volume della testa, si sentisse freddo, e si indebolissero le sue pulsazioni, allora è d' uopo affrettarsi a terminare il parto o con la versione, se la testa è libera, o col forcipe, se è già impegnata nel cavo della pelvi. Alcuni hanno insegnato di riporlo, mantenendolo sopra la testa, finchè sia discesa; altri il rinchiuse in un tubo flessibile, od in una borsa per proteggerlo. Se poi il cordone fosse già flaccido, freddo, non pulsante, si può considerare il feto come morto, e terminare il parto secondo la circostanza, come esporremo a suo luogo.

CAP. 18

De' vizi di situazione di alcune parti molli del bacino

87. Le deviazioni principali che possono turbare la libera uscita del feto sono 1.° Le notabili inclinazioni dell'utero. 2.° Il suo prolasso. 3.° Il rovesciamento della vagina. 4.° L'ernia della vescica, e dell'intestino in vagina. 5.° L'ernia della matrice.

88. L'obliquità dell'utero, e singolarmente l'anteriore e la posteriore possono talvolta essere portate ad un grado da imbarazzare la diagnosi, e l'andamento del travaglio. Le due laterali non si fanno mai rilevanti a cagione del ritegno che l'utero inclinantesi dall'un lato o dall'altro trova nelle coste spurie. Nell'obliquità anteriore, essendo l'utero cascante sull'ipogastro, l'orifizio è all'indietro verso l'angolo sacro—vertebrale : e siccome è talvolta inaccessibile al dito esploratore, il quale non l'aggiunge a quell'altezza ; e siccome la testa spinta dalle contrazioni uterine distende, e deprime la parete anteriore dell'utero, che corrisponde al centro ; può accadere ai meno periti di credere di toccare la testa nuda, mentre essa è incappucciata dalle pareti uterine assottigliate. Questa disposizione io giudico poter esser sorgente di gravi abbagli e disordini ; poichè essendo questo modo di

obliquità uterina il più frequente, si concepisce che la contusione, la cancrena, la rottura stessa dell' utero possono avvenirne, ove ignorando questa causa di distocia, non si aiuti debitamente la natura, la quale per fortuna talvolta corregge da se sola il male. In questa specie di obliquità pertanto, oltre la presunzione desunta dalla grande discesa del ventre rilassato da precedenti gestazioni, il travaglio si dichiarà coi *dolori di reni*; ed esplorando si sente bensì la testa, ma girando intorno non si trova il contorno dell' orifizio, il quale si arriva forse a sentire verso il sacro, se si alzi con l' altra mano l' ipogastro. Dal che si comprende eziandio che questa manovra appunto sarà il più acconcio mezzo per soccorrere il parto, affine di riportare l' asse longitudinale dell' utero parallelo a quello dello stretto : lo che basta il più delle volte. In caso contrario si uncinerà nell' intervallo dei dolori con due dita l' orifizio sostenendolo fisso durante la doglia, finchè siasi bene impegnata la testa (§.50.) Giova inoltre, massime quando l' utero fa gomito a guisa di una storta, di proibire alla donna di ponzare, perchè le contrazioni del diaframma abbassando la faccia posteriore dell' utero divenuta orizzontale, annullano l' azione della mano che tende ad elevare e riportare in dietro il fondo dell' utero, ed accrescono l' inclinazione.

89. Meno dannosa e più rara assai è l' obliquità posteriore, nella quale l' orifizio è verso il pube. Anzi in un caso di Merriman l' orifizio era dietro alla sinfisi del pube, e il fondo ver-

so il sacro. Bisognava dunque che il deviamento avesse cominciato dai primi mesi di gravidanza, perchè apparendo veramente qual retroversione, o approssimandovisi, questa è impossibile a gravidanza inoltrata. (§.14·) In questo deviamento giova di far restare la donna in piedi, e comprimere indentro e in basso sull' ipogastro : e forse anco di collocarla sulle ginocchia e sui gomiti.

90 Velpeau nota una specie di deviazione posteriore dell' utero con deviazione della testa in avanti. L' orifizio sembra aperto nel mezzo di questa bisaccia, e allungato all' indietro. La testa forma al disopra del distretto un tumore che discende fin presso alla vulva dinanzi alla sinfisi pubina: onde per trovare l' orifizio bisogna ricurvare il dito, e portarlo orizzontalmente sopra il pube. In questo caso per condurre la testa al centro del bacino bisogna farla risalire di basso in alto e dall' avanti all' indietro al disopra del pube.

91. Il prolasso della matrice si può osservare in diversi aspetti. Può la donna rimanere feconda avendo già l' utero procidente. Può l' utero cadere giù nello stato di pregnezza, benchè la gravidanza sia più spesso rimedio tempororio che causa al prolasso dell' utero. Possono le contrazioni uterine spingerlo fuori della vulva nell' atto del parto, strascinandolo avanti alla testa. Quando l' utero nell' atto del parto è pendente fra le coscie, è raro che la natura basti da se sola, mancando il soccorso dei muscoli addominali. Onde sull' esempio del Mau-

riceau converrebbe coi rilassanti irrorare continuamente il collo, dilatarlo colle dita aperte introdotte dolcemente entro di esso, e nei peggiori casi inciderlo.

92. Il rovesciamento della vagina può avere luogo, quando questo canale sia rilassatissimo, e già soggetto per lo innanzi al prolasso. Si conosce ad un gran cercine livido, fungoso, increspato che precede la testa o la cinge.- Se non giova il sostenerlo, il miglior mezzo sarà applicare il forcipe.

93. Si conosce l' enterocele vaginale ad un tumore elastico occupante le pareti anteriori, o posteriori della vagina, il quale rientra gorgogliando sotto la pressione o nella giacitura. Si sostiene, o si riduce finchè sia discesa la testa.

94. L' ernia della vescica, (cistocele vaginale) si distingue ad un tumore indolente fluttuante sulla parete anteriore della vagina, il quale sotto la pressione si avvalla eccitando lo stimolo di orinare. Il cateterismo serve a confermare ad un tempo e ad allontanare questo ostacolo al parto.

95. L' ernia della matrice dall' apertura crurale, o dalla linea alba domanderebbe gli stessi soccorsi che le forti inclinazioni anteriori. Il taglio cesareo consigliato e praticato in simile circostanza non mi sembra nè necessario, nè giustificato, fuor chè nei casi di strangolamento. E' verisimile però che le osservazioni riportate da Sennert, Ruischio di ernie della matrice non fossero che esempj male interpetrati di antiversione uterina.

CAP. 19.

Delle viziose posizioni del feto.

96. Avendo indicato (§. 42.) quali parti è d' uopo che si presentino, e in quali posizioni, perchè il parto si compia naturalmente, è evidente, tutte quelle posizioni del feto nell' utero, nelle quali esso non presenta al suo orifizio una delle estremità ovoidee, o queste non si presentano nelle debite relazioni, costituire un modo di parto non naturale.

97. Le cause, per le quali il feto può assumere una posizione sfavorevole al parto sono: 1.° una soverchia quantità di fluido amniotico, o la sua uscita anticipata. 2.° L'obliquità eccessiva della matrice. 3.° un bacino troppo ampio o difforme. 4.° Alcuni tumori dell' addome comprimenti l' utero ed il feto. 5.° Alcune viziose attitudini, o moti inconsiderati della madre. 6.° Il feto troppo piccolo, e troppo mobile. 7.° L'utero mal conformato.

98. Ciascuna regione e parte del feto è riconoscibile ai suoi speciali caratteri, i quali si ricavano agevolmente per poco che si attenda alla figura e alla disposizione e relazioni di ciascuna di esse.

Così le natiche si distinguono al sentire due eminenze con solco frapposto, l' ano nel

mezzo con accanto le parti sessuali; il veder comparire del meconio conferma la diagnosi.

Si riconoscono i fianchi al sentire la cresta degli Ilei da una parte e le coste spurie dall' altra.

Il dorso si riconosce al trovare una superficie piana, se non che percorrendola col dito si sente la serie delle apofisi spinose delle vertetre.

È agevole riconoscere la presentazione del ventre alla sua superficie piana sovra ogni altra molle, e singolarmente all' impianto dell' ombelico.

Si distingue il torace al sentire l' ordine e la conformazione delle coste.

Si giudica presentarsi le spalle al sentire una piccola eminenza rotonda frapposta al collo e alla clavicola, ad un cavo, ch' è l' ascella, e ad una superficie dura, scabra ch' è l'omoplatta.

Si riconoscono le tempia al trovare l' auricola, e con la concavità del margine del padiglione rivolto indietro, se si presenta la tempia destra al lato sinistro; in avanti, se la tempia sinistra: colla concavità all' indietro, se al lato destro si presenta la tempia sinistra; in avanti se la destra: la faccia pure è rivolta dal lato ove riguarda il margine concavo della conca.

La faccia si conosce alla superficie rotonda, ed irregolare a cagione del mento, della bocca, del naso, dell' orbita.

Tutte le quali parti riconoscibili finchè conservano i loro naturali caratteri, posson

offerire difficoltà nella diagnosi, quando la pressione e la strettura del collo uterino le abbia così tumefatte e sfigurate da poter confondere l' una coll' altra, e singolarmente la faccia colle natiche. È noto l' esempio di quel professore, che in tuono dogmatico, dopo aver esplorata la donna, credendo aver toccata la faccia, sosteneva ai suoi alunni non potersi mai confondere la faccia colle natiche, mentre il meconio, del quale aveva intrise le dita ritirate allora dall' utero, schizzogli in viso per manifestarli la sua presunzione, e il suo disinganno. È facile distinguere la mano dal piede dalla lunghezza, forma, e disposizione delle dita diverse nell' uno, e nell' altra, dall' angolo della tibia col piede, e dai malleoli: come pure dalla direzione del dito grosso del piede relativamente al bacino si distingue il destro dal sinisrro; e dalle relazioni parallele dei due pollici si può giudicare che i due piedi usciti appartengono allo stesso feto unico nell' utero, e non a gemelli. Il gomito è più acuminato del ginocchio a cagione dell' apofisi olecrano nel primo, della rotula nel secondo.

99. Nei libri di ostetricia, e specialmente nel Baudelocque si trovano di soverchio moltiplicate le viziose posizioni del feto, perchè potendo ciascun punto della sua superficie presentarsi all' orifizio, ed assumere poi diverse situazioni relative al bacino, è per se manifesto, che il vòler fare di tutte le parti del feto, e di tutte le situazioni che le sin-

gole parti possono prendere, tanti generi di parto, è un sopraccaricare la scienza di superflue quanto fastidiose divisioni. Laonde io credo che tante distinzioni di presentazioni volute dagli autori sieno arbitrarie ed inutili. Che sieno arbitrarie lo deduco dall' osservare che gli autori discordano sommamente nell'ammetterne il numero ed il modo. Che se le indicate posizioni significassero le deviazioni reali della natura dall' ordine consueto, non potrebbero variare a talento degli autori; onde mi pare si debbano avere appunto in quel conto, in che i buoni pratici tengono le distribuzioni nosologiche dei morbi. In effetto non vedo perchè la natura non possa nelle sue deviazioni variare per molte guise incostanti i punti di relazione d' una parte del feto colle pareti del bacino. Che poi sieno inutili il vedremo parlando della manovra, perchè qualunque sia la diversa posizione delle parti del feto relativa al bacino, il parto (poste certe modalità) si termina sempre colla stessa manovra esercitata or colla destra, or colla sinistra mano. Per le quali cose io estimo che senza assoggettare a leggi determinate le variabili posizioni delle respettive parti del feto relativamente al bacino, si debba solo cercare quali sieno utili, e necessarie per la pratica; e siccome devono tutte correggersi o colla destra o colla sinistra mano, e convertirsi o nella prima, o nella seconda posizione della testa, o dei piedi, così devonsi

ridurre in due sole, cioè una per il lato destro del bacino, una per il lato sinistro.

100. Le viziose posizioni del feto vogliono il soccorso della mano, la quale per lo più basta sola a compiere il parto. Il momento più favorevole al parto manuale è tosto dopo la rottura delle acque, perchè quanto più si procrastina l' operazione, tanto più l' utero si contrae sul feto, e le parti esterne si gonfiano, e si fanno dolenti. Onde oltre i pericoli che corre il feto si rende più difficile la manovra, e più ingiuriosa alla madre. Perciò in questo ultimo caso prima di accingersi ad operare sarà prudenza mollificare le parti esterne con fumigazioni, bagni, embrocazioni oleose, injezioni di estratto di belladonna, e slentare la fibra con salassi.

101. Il parto manuale deve avere per iscopo di ricondurre all' orifizio uterino una delle estremità ovoidee del feto, e sempre la più prossima a quello. Quindi o si presentano le estremità addominali, e si devono condurre convenientemente fuori della vulva: o si presenta una regione del feto, la quale non può attraversare il bacino, e allora è duopo o correggerne la situazione, e ricondurre l' occipite al centro del bacino; o ciò non riuscendo, (e di rado riesce) è forza rivolgere il corpo del feto conducendo i piedi all'orificio. Tali sono le tre operazioni fondamentali, nelle quali risolvesi ogni parto manuale;

102. Prendo ad esempio il primo caso in prima posizione, come il più semplice, e quasi

elemento della manovra degli altri. - Vuotata la vessica orinaria, e posta la donna in traverso sulla sponda d' un letticciuolo duro ed elevato a segno che il pudendo corrisponda all' ombellico dell' operatore colle spalle appoggiate a guanciali ammonticchiati, e sostenute da un ajuto posto dietro ad essa sul letto, le cosce divaricate e semiflesse, e sorrette da due assistenti, con i piedi posati su di uno scanno a destra e a sinistra, e colle natiche sporgenti bene infuori in modo, che le parti genitali esterne restino lontane quanto è possibile dal margine del letto: L' operatore posto davanti alla donna e fra le sue cosce introduce in semi-pronazione nella vagina la mano unta d' olio, secondo l' asse dello stretto inferiore: ma giunto al promontorio del sacro, abbassa a poco a poco il gomito verso il perineo per secondare entrando in cavità l' asse dello stretto addominale. La mano in vagina s' introduce nel tempo della doglia, ma giunti all' orifizio bisogna riposarsi per aspettare la calma, ed entrare in cavità cessata la contrazione. Benchè si possa come vuol Capuron, usare la mano destra, è più utile la sinistra. Con questa si respingono meglio le natiche verso la fossa iliaca sinistra. Servendosi della sinistra la semi-pronazione pone naturalmente la faccia palmare di essa in avanti e dai lati, condizione favorevole per obbligare il dorso del feto a rivolgersi verso la cavità cotiloide sinistra. Introdotta la mano dolcemente e gradatamente, se si presentino

i piedi si afferrano al di sopra dei malleoli esterni col pollice e il medio e l'indice frapposto agl' interni. Afferrati i quali si estraggono dirigendoli verso la cavità cotiloide sinistra, e quando si sono condotti fuori della vulva s' impugnano le gambe sopra i malleoli una colla destra, l'altra colla sinistra: si avvolgono in pannolino asciutto, e all' apparire delle ginocchia si allungano le mani al di sopra di queste, abbracciando le cosce, onde restino meno stiracchiate le giunture. Ma appena comincia a comparire il cordone si sospende un istante la trazione, e coll' indice sinistro si tira in basso la porzione placentare del funicolo, onde non resti stirato: si prosegue allora l' estrazione stendendo le mani sulle due anche, cioè la mano destra sull' anca destra, la sinistra sulla sinistra fino a che si presentino le ascelle allo stretto addominale. Allora è manifesto che queste per la loro grossezza arrestano un poco la progressione del feto, onde bisogna aiutarne lo sviluppo e la discesa nella escavazione, e perciò tenendo così abbracciate le anche del feto se ne innalza il tronco verso l' inguine destro materno, indi si abbassa verso la faccia interna della coscia sinistra: coi quali moti alternativi di elevazione e d' abbassamento lenti ed estesi l' estremità acromiale delle spalle supera il margine pelvico. Discese le spalle, e comparse alla vulva colla destra rivolta in supinazione si percorre il lato posteriore del feto per andare in traccia del

praccio destro che è all' indietro, e che dee prima svilupparsi: giunti al quale col pollice piegato a foggia d' uncino, e posto sopra la spalla si abbassa, mentre colla sinistra si sostiene in alto verso l' inguine opposto il tronco del feto. Allora si volge la stessa mano dalla supinazione alla pronazione, il pollice che era sulla spalla, si porta nel cavo dell' ascella, il medio e l' indice si allungano sulla parte esterna del braccio del feto, il quale trovasi allungato sul lato del collo e della testa, e si fa discendere facendo passare l' avanbraccio e la mano dal di fuori indentro sulla faccia e sul petto del feto. Se uno di essi, o ambedue fossero incrociati verso la nuca, o sul dorso, conviene prima rispingere un poco in alto il tronco; indi si fa rimontare l' arto al di sopra dell' occipite, quando resta in traverso dietro al collo; o si fa scorrere uncinandolo colle dita d' alto in basso sul dorso del feto per trarlo fuori: giova pure imprimere un moto rotatorio a tutto il tronco per riuscire nell'intento. Sviluppato il braccio, si distende lungo il tronco, si avvolge esso pure nello stesso pannolino che copre il feto, e si passa a disimpegnare l' altro di sotto il pube. Onde si abbassa allora colla destra il tronco del feto verso la parte posteriore interna della coscia sinistra, mentre colla sinistra mano si disimpegna la spalla e braccio sinistro colle regole indicate. Che se per la sollecitudine del travaglio si temessè che l' orifizio interno dell' utero si stringesse sul

collo del feto, sarebbe meglio lasciare questo braccio disteso in alto senza svilupparlo. Rimane allora ad estrarsi la testa, parte di manovra la più difficile e pericolosa per il feto, perchè, se non si fanno eseguire debitamente e per tempo alla testa i moti necessarj, essa incontra grandi difficoltà all' uscita, le quali portano all' imprudente necessità di trazioni violente sulla spina cervicale, cagione possentissima della morte del feto, il quale in fatti di rado si estrae vivo da un Chirurgo poco esercitato. Si prendono pertanto i piedi colla sinistra, si porta la mano destra in supinazione all' indietro lungo lo sterno del feto fino alla sua faccia; si posa il tronco di esso sull' avanbraccio corrispondente abbassandolo; allora si applicano l' indice e il medio della destra sui lati del naso del feto, l' indice e il medio della sinistra introdotti sotto l'arco del pube, sull' occipite, e con ambo le mani s' imprime alla testa un moto combinato, per il quale essa si flette sul petto, e discende ad un tempo nella escavazione in direzione diagonale: ivi con moto di rotazione orizzontale si conduce la faccia nella concavità del sacro, l' occipite sotto l' arco del pube. Allora altro non resta che farle eseguire dei moti laterali graduati, dolci ed estesi: per ultimo sostenere il perineo, e con un moto di elevazione di tutto il corpo del feto verso il pube disimpegnare la faccia e il mento.

103. Quando i piedi sono rivolti verso la cavità cotiloide destra, cioè nella seconda

posizione naturale, si adopera in luogo della sinistra la mano destra, eseguendo appuntino le regole e manualità indicate.

104. Nelle posizioni calcaneo-posteriori è d' uopo a misura che il tronco discende, rivolgerlo lentamente girandolo sopra se stesso coll' impugnare le anche con ambe le mani, verso la cavità cotiloide del prossimo lato: e se la testa non ha partecipato a questo moto di rotazione, restando immobile colla faccia in avanti, ridurla essa pure alla prima o seconda posizione naturale.

105. Finalmente quando per una leggera sproporzione, o per resistenza delle parti molli, la testa ricusa di scendere oltre il cavo della pelvi, si deve desistere dalle trazioni, ed applicare sulla testa il forcipe, per terminare l' estrazione del feto, come si dirà in seguito.

106. Quando abbisogna l' opera della mano nel parto per le ginocchia, sia perchè si presentino col dorso del feto rivolto all' indietro, sia perchè s' impuntino contro il margine pelvico, se esse sono tuttora allo stretto superiore, si disimpegnano i piedi colle regole indicate. Che se sono già impegnate nello stretto perineale, allora si estrae il feto, lasciandolo nella stessa posizione delle ginocchia, e ciò insinuando l' indice delle due mani nei garretti del feto a guisa di uncino, o gli stessi uncini ottusi, o attraversando con un laccio i garretti, e tirando sulli due capi.

107. Lo stesso è a dirsi della presentazione delle natiche, le quali finchè rimangono allo stretto superiore si respingono, estraendo il feto per i piedi colla mano opposta al lato del bacino, ove è rivolto il dorso: ma quando si trovano già inoltrate allo stretto inferiore, la difficoltà di respingerle obbliga a condurre a termine il parto, restando il feto così addoppiato, e ciò cogl' indici piegati ad uncino, insinuati nella piega degli inguini, o cogli uncini ottusi, o col laccio. Similmente nelle posizioni sacro-iliache s' impugnano a piena mano le natichè, e si riconducono con moto di circonduzione verso la cavità cotiloide corrispondente.

108. Nelle presentazioni viziose della testa sia che si presentino le tempie, o la nuca, o la fronte, o la faccia, la prima indicazione è di correggere la situazione della testa, rispingendo la parte che si presenta, quindi impugnando la testa, e portando l' occipite al centro del bacino: lo che tornando vano, o malagevole, forza è passare alla versione. Così presentandosi la nuca si cerca subito di raddrizzare la testa sia abbassando la fronte verso il sacro, sia sollevando la nuca dietro il pube. Presentandosi la tempia si abbassa il vertice da una parte, e si solleva dall'altra la base del cranio. Nelle presentazioni della fronte col rovesciamento dell'occipite all' indietro si deprime l' occipite in avanti, sollevando ad un tempo il mento verso la concavità del sacro. Nelle quali manovre si avrà

sempre cura di riporre le parti in situazione diagonale, ed inoltre di rivolgere l' occipite verso una delle cavità cotiloidi.

109. La presentazione della faccia è stata veramente, ed è tuttavia riguardata da alcuni come non-naturale, da altri nò: nomi egualmente rispettabili stanno per l' una e per l' altra opinione. Così mentre Meygrier afferma « che se v' è presentazione della testa, la quale esiga che si tenti tutto il possibile per ricondurre l' occipite, è questa per i pericoli che corre il feto, e per le difficoltà di francare il passaggio, Merriman (*) estima « che l' effettuazione di questo parto dev' essere lasciata nel più esteso senso al tempo e alla natura, che giungono a procurarlo interamente. » E poco l' autorità moverebbemi, poichè non vi è in Chirurgia errore che non sia accreditato da autorità, se l' esperienza mostrasse che realmente il parto per la faccia si compie felicemente e spontaneamente; ma gli oppositori a questo modo di parto spontaneo sostengono che comparativamente ai molti casi di parto difficile, i pochi nei quali ha avuto luogo l' uscita del feto colle sole forze della natura, si riferiscono a teste piccole, o a bacini ampli: che il parto è stato lento e penoso: che le fattezze del gonfio viso erano contrafatte ec. Non resterebbe adunque che esaminare, se le relazioni di forma e di dimensione della faccia col baci-

(*) Sinossi del parto difficile pag. 39.

mo siano compatibili coll' uscita spontanea di un feto a termine.

110. Che la faccia possa in direzione diagonale o trasversale scendere nella escavazione, io non dubito (§. 31.) quivi con moto di rotazione orizzontale il mento si situa quasi sempre sotto l' arco del pube, ma il parto non si compie se non rimonta il mento dinanzi la sinfisi del pube, e abbassandosi, e scendendo in proporzione la fronte e il bregma lungo il sacro fino a comparire l' occipite al perineo. Così procedendo, il parto faciale non sarebbe in ultima analisi che un diverso modo di discesa della sommità della testa: e il disputare più a lungo su ciò sarebbe veramente un disputare di parole. Imperciocchè se per qualche esempio fosse provato, che la testa è uscita colle stesse relazioni che aveva allo stretto superiore, o col mento all' indietro, ciò sarà accaduto a bacino ample e testa piccola, o oltremodo flessibile. E se la testa d' ordinario volume per uscire dalla vulva deve eseguire i moti indicati, si comprende che il parto faciale spontaneo comunque dimostrato dalle leggi della meccanica, si converte di leggieri in vizioso per la facilità, con che il diametro mento-frontale dà luogo nel progresso del travaglio all' obliquo, o lungo diametro della testa.

111. Dalle quali premesse si ricavano le indicazioni varie del parto faciale. Si potrà talvolta abbandonare alla natura, se con valide contrazioni si vede avanzare la testa eseguen-

do senza deviazione i moti qui sopra indicati. Che se per contrario il parto vada in lungo, o l' occipite si rovesci troppo sul tronco, converrà sollevare il mento verso lo sterno con alcune dita, e far discendere l' occipite. E se queste non bastano, è singolarmente in questa presentazione, che è utilmente applicabile la leva, l' unico scopo della quale, ridotta al suo giusto valore è di abbassare l' occipite rovesciato all' indietro. S' insinua dunque la leva o verso uno de' fori ovali, o sotto la sinfisi del pube, o all' indietro secondo la situazione dell' occipite relativamente al bacino; si abbraccia la convessità dell' occipite con la parte curva dello stromento, e premendo su questo, e tirando ad un tempo in basso si raddrizza la testa, abbassando la sommità. Per rendere più efficace questo moto di pressione e trazione giova premere sul di fuori dello strumento col pollice della mano che lo impugna; mentre con la cima delle dita si rispinge in alto il mento verso lo sterno.

112. Le presentazioni del tronco si possono riguardare come assolutamente incorreggibili colla prima indicazione; (108) considerando io come rare eccezioni i pochi casi, nei quali la natura opera la versione spontanea, trasformandole in posizioni pelviche, o cefaliche. E quando pure nella presentazione delle parti superiori del tronco per la prossimità della testa fosse possibile ricondurla al

centro del bacino, ciò non sarebbe utile che nelle presentazioni colla faccia all' indietro.

113. Fra le presentazioni del tronco sono frequentissime quelle delle spalle e dei lati, perchè le altre posizioni del piano anteriore e del posteriore del tronco sono, secondo che io giudico, impossibili, o almeno difficilissime, e sono naturalmente ricondotte a quella per la forma dell' utero, e dell' ovoide fetale. Imperocchè l' utero regolarmente conformato comprime massimamente i due estremi dell' asse longitudinale del feto, che sono con esso a più stretto contatto, e tenderebbe a ravvicinare l' uno all' altro, a flettere così o rovesciare il tronco, se la situazione del feto fosse esattamente trasversale, o l' uno estremo del feto non preponderasse sull' altro. Ma una orizzontalità perfetta si concepisce difficilmente, e quando pure si volesse supporre, non tarderebbe l' estremo più rotondo ad abbassarsi. Onde si vede che uno dei due estremi dell' ovoide del feto è sempre disposto a ravvicinarsi all' orifizio, cioè la parte più prossima ad esso, ove l' asse longitudinale del feto sia già inclinato; la più pesante, se fosse perfettamente in traverso. Similmente le contrazioni uterine comprimendo i due estremi del diametro bis-acromiale fanno che il tronco s' inclini sempre su d' uno dei lati. Ma mentre la forza dell' utero così diretta, e favorita dalla superficie scorrevole del feto tende a raddirizzare l' asse longitudinale del feto, richiamando uno dei suoi estremi all' orifizio, e ad

inclinare il diametro bis-acromiale, può essere ritenuta dalla puota della spalla, la quale allora s'insinua nell'orifizio; o fors' anco dal mento, il quale urta nel cerchio pelvico. Se tale è la direzione delle contrazioni uterine sul corpo del feto mal situato, si vede che la famosa classificazione di Baudeloque, le tavole di Smellie, Deventer, Mauriceau rappresentanti all' orifizio il bellico, i lombi, il dorso, sono ideamenti di cattedratici piuttosto che reali presentazioni viziose permanenti. Le presentazioni del piano anteriore, e posteriore del feto non si possono sostenere sull'orifizio, e ben tosto si convertono in posizioni inclinate o della testa, o delle natiche o della spalla, e forse dello sterno. Il ragionamento fondato sulla forma del feto e dell' utero, sulla direzione delle contrazioni del viscere il persuade; l' esperienza il conferma; l'autorita di Hunter e dei migliori pratici il testifica. Queste dunque sono massimamente da studiare in pratica.

114. Nelle presentazioni della spalla e del dorso la natura sola, od aiutata dall' arte ha potuto sviluppare la testa, e più sovente la pelvi. Ma che perciò? I prudenti ostetrici vorranno mai tenere a norma di loro condotta questi esempj di evoluzione spontanea? Denman stesso fondatore di questa dottrina, somministra argomenti i più validi di sua distruzione: dacchè di trenta feti a quel modo usciti due soli vennero vivi. Nè io so per qual boria di erudizione Velpeau abbia cercato farla rivivere. Non si tratta di stabilire se

possa o nò aver luogo questo sviluppamento della testa, o delle natiche, ma bensì di vedere se questo mezzo sia adottabile come metodo ragionevole. E siccome ciò ripugna al buon senso, ed è contro la pratica giornaliera, il produrre esempi di svolgimento delle natiche, e talvolta della testa, quando la natura, o l' arte non han saputo in altro modo trionfare d' una viziosa presentazione del tronco, val quanto dire che quando un ostetrico non è stato abile a fare la versione resa difficile per le contrazioni, o per essere già da buon tempo le spalle avanzate verso la vulva, ed immobili, per ultimo compenso rimanli operare sul tronco, traendo sul braccio, o passando un laccio attraverso al ventre, con la speranza di tirar fuori il feto senza mutilarlo. Ma resterà sempre dubbio, se un altro più destro non avesse potuto riuscire a condurre a termine il parto colla versione. Di fatto il Monteggia (1) non vi ha ricorso che dopo aver fatto egli ed altri colleghi inutili e lunghi tentativi di versione.

Del resto si concepisce la possibilità di questi rari fenomeni. Le spalle pervenute in fondo al bacino prendono punto fisso al margine di questo cerchio osseo: da quel momento il corpo del feto fortemente piegato non sente l' effetto delle contrazioni uterine che sull' estremità pelviche mobili in alto, le quali sospinte verso l' incavatura ischiatica fanno che presentisi successivamente al pe-

(1) Prefaz. alla Stein. pag. II. e seg.

rineo il petto, le anche: e a misura che scendono tendono a dispiegarsi per sottrarsi reagendo a quello stato di forzata pressione; come un arco elastico, il quale fosse fissato contro un punto del bacino con un estremo, e l' altro estremo libero in alto venisse compresso per cacciarlo fuori del cavo pelvico colla convessità in avanti.

115. Nella versione adunque per le presentazioni della testa qualunque sia la parte di essa, e qualunque posizione ella tenga relativamente al bacino la manovra è la stessa. La differenza sta solo nel dovere adoperare o l' una o l' altra mano. E poichè, come è ben naturale, si dee sempre capovolgere il feto a seconda della flessione naturale del suo corpo, cioè per la parte anteriore del di lui tronco; così si comprende che si dee sempre introdurre la mano che corrisponde alla faccia e al suo piano anteriore. Onde quando la faccia e il davanti del tronco riguardano il lato posteriore sinistro del bacino si dee introdurre la mano destra, e la sinistra nell' opposta situazione del feto. Solo nelle posizioni antero-posteriori dell' occipite, della fronte e del vertice, si può senza scelta e indistintamente adoperare l' una o l' altra; ma si adopera per lo più la destra. Introdotta dunque la mano colle regole indicate (§. 101) lungo la concavità del sacro si pone l'altra sul ventre. Giunti in cavità, si rispinge in alto, e sulla fossa iliaca opposta alla mano introdotta la testa impugnandola

a piena mano col pollice su una tempia, le altre dita sulla faccia e tempia del lato opposto. Si percorre quindi colla mano distesa a piatto il lato posteriore del feto dal collo successivamente fino alle natiche, ove generalmente stanno i piedi. Penetrati così all'altezza del fondo dell' utero si cerca primieramente, abbassando il gomito verso il perineo, di portare molto innanzi verso il bellico materno la mano introdotta per ravvicinarla a quella che è sul ventre medesimo, e concertare i loro moti. E però mentre una mano va in traccia degl' arti, l' altra sostiene il fondo dell' utero, lo spinge all' indietro, e lo manda all' incontro della mano in cavità, presentando così alle dita di questa gli arti ricercati. I quali se sono nello stato di loro naturale flessione, la mano giunta sopra e dietro alle natiche col pollice nella piega dell' inguine rivolta sempre più in pronazione, non ha che a scorrere sul di dietro delle cosce e delle gambe cacciandosele avanti, e distendendole a misura che discende per giungere ai piedi. Trovati i quali si afferrano al di sopra dei malleoli, indi si traggono verso di se fino alla vulva: giunti alla quale colla destra si termina il parto come nella prima posizione dei piedi, colla sinistra come nella seconda, tirando diagonalmente all' indietro, aspettando e secondando le contrazioni uterine, tranne il caso di grave accidente che obblighi a sollecitare. Quando non riesce afferrare ambo i piedi per essere tra loro

molto divaricati, ovvero uno sulle natiche, l' altro disteso sul ventre, se n' estrae uno, cominciando, se si può, dal posteriore, il quale si fissa con laccio scorsojo passato sopra i malleoli, affidandolo ad un ajuto, mentre si va in traccia dell' altro piede scorrendo lungo la parte posteriore interna dell' arto che serve di guida, fino verso il solco delle natiche e delle parti sessuali.

Allorchè la mano ha portato i piedi fino verso il margine pelvico, la testa che è stata cacciata dirimpetto nella fossa iliaca opposta, fa impaccio ricadendo mano a mano che si tirano i piedi. A prevenire il quale inconveniente mentre la mano strigne e tira i piedi colle dita, colla faccia palmare del pugno respinge e sostiene con destrezza la testa. Maygriér allo stesso intendimento usa un fusto terminante in un piccolo disco; e mentre con una mano tira i piedi, allontana la testa per mezzo del disco di questo stromento introdotto coll' altra mano, e poggiato contro la fronte, la quale così cacciata in alto agevola il rivolgimento.

116. Le stesse regole militano presso a poco per le presentazioni del tronco. In queste posizioni se la testa è in avanti, e il dorso verso il sacro, mentre la mano introdotta solleva, e quindi inclina (quando nol fosse) il corpo del feto sul lato che le corrisponde, giova coll' altra mano stesa sul ventre materno comprimere la testa del feto per rispingerla all' indietro. Quando poi il dorso è in

avanti, si preme su questo come per rotolarlo sul suo asse longitudinale. Nelle presentazioni delle regioni del tronco più prossime all' estremità pelviche non è necessario capovolgere affatto il feto, ma basta far passare i piedi sul ventre e sul torace con semi-versione, facendo discendere prima l'arto posto al disopra: onde giova introdurre la mano corrispondente al lato del bacino, ove stanno i piedi, come più prossima ad essi. Inoltre nelle posizioni inclinate, se il feto guarda in avanti, si volgono e si estraggono i piedi dal di dietro in avanti, e dal davanti all' indietro, se la superficie anteriore del feto guarda all' indietro.

Nelle presentazioni di questo genere Velpeau insegna di rivolgere sempre in avanti i piedi del feto. Si rispinge, e si solleva la regione del tronco che si presenta: si appoggia il pollice sul davanti dell' ascella, le altre dita si stendono nel piano dorsale col dito mignolo, o lato cubitale sempre rivolto in alto verso l' occipite. Così abbrancato il tronco del feto si volge in basso uno dei lati e la spalla, e si solleva l' altra: allora si percorre il lato posteriore e inferiore fino alle natiche, e si afferrano i piedi, i quali si estraggono dall' indietro in avanti. In questo metodo forse l' estrazione de' piedi è più spedita, perchè oltre l' avvicinarsi con quel rivolgimento in avanti e in basso del piano anteriore del feto i piedi all' orifizio, si estraggono poi con minore difficoltà; laddove

col rivolgere il dorso in avanti, e tirare i piedi all' indietro, che è pure il metodo seguito da Meygrier, attraversando nell' estrazione il bacino all' indietro, si urta nel promontorio, e si allontana inoltre il feto dall' asse addominale. Ma in ricambio si osserva che nel metodo di Velpeau inclinando profondamente in avanti lo sterno e l' addome, si espone a stirature la colonna cervicale, perchè la testa non segue i moti impressi dalla mano al tronco, specialmente quando la testa deve misurare un grand' arco nel semicerchio anteriore, o posteriore del bacino. Così p. e. nella posizione della spalla sinistra verso la fossa iliaca destra per ricondurre i piedi in avanti bisogna o riportare la testa nella fossa iliaca sinistra, o abbassare la spalla destra convertendo la posizione della spalla o lato sinistro in posizione del lato destro. -- Colla mano sinistra in piena supinazione si abbraccia la spalla in modo che il pollice tende a guadagnare lo sterno, le altre dita restano dietro al torace, il mignolo verso l' occipite: si respinge, sollevandolo a poco a poco, il vertice in avanti, e a misura che la mano si volge a poco per volta alla pronazione, l' occipite si trova portato alla fossa iliaca sinistra. Allora percorrendo il lato posteriore si afferrano i piedi portati sul lato destro, e si estraggono dall' indietro in avanti in seconda posizione.

117. La presentazione della spalla sola non differisce dalle presentazioni laterali del tron-

co; ma il più delle volte essa è accompagnata, e si complica coll' uscita del braccio corrispondente, che è forse la più frequente presentazione preternaturale che occorra nell' esercizio pratico. Quando la spalla sinistra e il lato corrispondente della testa è verso la fossa iliaca sinistra, il pollice della mano pendente in vagina è rivolto in alto, il dito mignolo all' indietro, la palma verso la coscia destra, il piano anteriore del feto in avanti e a destra: i piedi a destra. Bisogna dunque servirsi della mano sinistra, come quella che corrisponde al lato del bacino ove sono i piedi. Quando la spalla sinistra corrisponde alla fossa iliaca destra la palma del feto è verso la coscia sinistra della madre, il pollice all' indietro, il dito mignolo in avanti: i piedi a sinistra. La mano destra serve alla versione. Se alla fossa iliaca sinistra corrisponde la spalla destra, la palma del feto è rivolta verso la coscia; il pollice è in basso, il dito mignolo in alto: il dorso del feto in avanti; i piedi al lato destro. Giova introdurre la mano sinistra. Se la spalla destra è alla fossa iliaca destra la palma del feto è rivolta verso la coscia sinistra: il pollice in alto, il dito mignolo in basso; il dorso del feto all' indietro verso la sinfisi sacro-iliaca, ed il sacro; i piedi al lato sinistro. S' introduce la mano destra. Si comincia dal fissare con laccio scorsojo passato intorno al carpo il braccio procidente. Si rispinge e si solleva con la mano introdotta il lato che si presenta, e per-

correndo il lato inferiore del feto si perviene fino alle natiche, ove si afferrano i piedi; nell' estrarre i quali si osserva che mano a mano che scende il tronco, il braccio uscito rientra. Perciò è uopo avvertire di mantenere il laccio che fissa l' arto in parallellismo col tronco e tirarlo insieme co' piedi, affinchè non s' incrocino insieme nell' uscire dall' utero con pericolo che si fratturi il braccio.

Gl' antichi all' apparire d' un braccio in vagina intendevano ad isgomberarne tosto il canale: quindi o l' amputavano con tanaglie incisive, o strappavanlo resecandolo. Altri lo riponevano, o per lo meno lo scarificavano. Nè io rammenterei qui questa pratica, se non fosse che a' nostri dì in Francia per lo zelo di proteggere un confratello d' arte (il quale erasi allontanato dai principj della scienza) si è di nuovo preteso sostenere la necessità e ragionevolezza di quei metodi da Le Roux, il quale ha mendicato ragioni ed autorità per giustificare una pratica, che generalizzata farebbe dell' ostetrico un carnefice. L' amputazione anche d' ambo le braccia non facilita la versione, costando da osservazioni essere stato necessario mettere in pezzi il feto dopo averlo mutilato. Imperocchè secondo Velpeau non ista solo nel collo l' ostacolo; ma l' utero a guisa di guaina è tutto contratto sul corpo del feto; onde è d' uopo passo passo disputare al viscere il passaggio della mano a traverso una serie di strignimenti; e sorpassare il collo è la menoma parte dell' ope-

razione. Laonde per sentenza dello stesso Autore quando fosse veramente impossibile entrare nell' utero invece dell' amputazione del braccio, la quale ciò non pertanto obbliga alla versione, converrebbe piuttosto provare l' evoluzione a modo d' Ildano (§. 113.) di Flechy, e di Monteggia: mancando d' effetto la quale passare alla decollazione del feto, pratica già insegnata da Eistero, e da Asdrubali seguita. Imperocchè secondo lui se l' utero è invincibilmente serrato sul feto, questi sarà morto, o non potrà estrarsi vivo, e come tale sarà meglio decollarlo piuttosto che intraprendere una versione pericolosa per la madre, e vana per il feto: ossivvero il feto è vivente, e sarà sempre possibile entrare in cavità senza mutilazione del braccio. Ma il tirar fuori il tronco con uncini ottusi, e quindi estrarre la testa rimasta sola nell' utero dopo la decollazione sono forse operazioni meno gravi della versione? Per rigettare affatto la versione in simili casi, converrebbe, mi sembra, che fossevi sempre quell' invincibile strignimento dell' utero oltre il collo di esso sul corpo del feto. Ma non si può affermare che esista sempre, od almeno a quel grado. E s' anco fosse questo costante, siccome è costituito dagli sforzi esercitati dall'utero per ispingere in basso la spalla, mi pare che, rimovendo questa coll' amputazione, si tolga all' utero un punto d' appoggio, contro il quale esercitava la sua forza espulsiva senza effetto, e si accresca colla cessata azione di

esso il vuoto. E veramente riflettendo ai tanti pratici che hanno cotanto insistito sulla difficoltà di entrare nell' utero in questi casi, e considerando bene lo stato delle parti quando la spalla occupante tutta la vagina vi resta incarcerata, convien dire che lo sgombrare allora la vagina dall' arto rendendo libera e mobile la spalla, agevoli l' introduzione della mano, e che in questo caso solo, e sotto questo aspetto non sia affatto chimerica l'opinione dei brachiotomisti. Fui chiamato in un caso di tal sorta. La spalla era alla vulva immobile, il braccio tumido. Due chirurghi avevano lungamente tirato sul braccio. Io provai indarno la versione. M' allontanai, e condussi io stesso altro collega. In quel frattempo gli stessi chirurghi fecero nuove trazioni sul braccio, le quali finirono collo strappare l' arto dall' ascella. La spalla si allontanò dalla vulva, e il chirurgo sopraggiunto meco entrò senza grandi difficoltà, ed eseguì la versione.

118. Il braccio, o la mano previa fuori dell' orifizio uterino può complicare eziandio la presentazione del vertice, o la pelvica. E talvolta si son fino presentati insieme piedi, testa e mani. (1) In questi casi basta respingere e sostenere l' arto finchè si sia impegnata la testa, e allora si abbandona il parto alla natura. Talvolta però può un avanbraccio precedere il vertice quasi attraver-

(1) Roederer art. des accouchem. pl. II. Observat 3.

sandolo, ed allora è d'uopo distenderlo, e dirigerlo verso una delle sinfisi sacroiliache; e se malgrado ciò impedisse, o deviasse la progressione della testa già discesa, converrebbe applicare il forcipe.

119. Dal modo con cui si è considerata la versione del corpo del feto si comprende non aver io conceduto a questa operazione quell' estensione pratica che ha ricevuto appo l' opinione generale degl' ostetrici. I più dei quali levano a cielo la versione, passandosi o toccando appena il precetto che nelle viziose presentazioni della testa, e delle regioni prossime a questa si può far discendere il vertice sia impugnando la testa, sia rispingendo la parte che si è impegnata in sua vece. Pure la possibilità di questo fatto è provata malgrado le affermazioni di Lachapelle. È noto che Ippocrate, e successivamente i suoi seguaci mirarono sempre a ricondurre la testa all' orifizio; e vediamo questa dottrina seguita fino a Parè, e Guilleman, i quali cambiarono le massime su questo punto di pratica, sostituendo la versione per i piedi al precetto di richiamare il vertice: da quella epoca prevalse la versione a quest' ultima indicazione. E in ciò i pratici erano scusabili; poichè fino a che mancò, o non fu esteso abbastanza l' uso del forcipe, il semplice richiamo del vertice al centro pelvico riusciva un compenso poco fruttuoso, non compiendo il parto, un mezzo lento non adottabile nei casi, nei quali è mestieri ultimare sollecitamente

il parto. Ma d' altra parte la versione che senza dubbio è il mezzo più sollecito per liberare la donna, è ella il mezzo più sicuro per salvare il feto? Io me ne appello ai chirurghi di buona fede. Se l' utero è poco contratto, l' acque allora allora scolate, o da poco tempo, il feto mobile, esso certamente si estrae vivo; ma in quest' istesso caso sarebbe stata pure indicata, e facile la discesa del vertice. Per contrario se l' utero è stretto sul feto, se l'acque sono scolate da qualche tempo, le parti genitali secche e tese, allora è controindicata, e malagevole la pratica di richiamare il vertice, ma ugualmente fatale al feto la versione. Io so bene che in pratica, essendo d' ordinario invocato assai tardi il soccorso chirurgico, manca sovente l' opportunità di poter porre in uso questa manovra; ma ciò non toglie alla sua utilità; e se essa non è la più frequentemente praticabile, è però la più ragionevole. Io troverei dunque giusto il distinguere in pratica i casi, nei quali un grave accidente vuole la pronta terminazione del parto, da quelli, nei quali il ministero dell' arte viene richiesto per alcuna viziosa posizione del feto. Nel primo caso la versione è preferibile, come il mezzo più spedito, benchè il più pericoloso per il feto. Nel secondo, richiedendosi lentezza, e moderazione, si può affidare molta parte del travaglio alla natura. Si richiama perciò il vertice, e se la natura non basta, si compie il parto col for-

cipe, appena la testa sia in istato di essere abbrancata dallo strumento. D' altronde dopo avere invano tentato di far discendere il vertice, si può del pari ricorrere alla versione.

CAP. 20

Dei vizi di organizzazione che sono di ostacolo al parto e richiedono che si compia col forcipe

120. Dalle cose discorse nei precedenti Capitoli sappiamo 1.° che la testa del feto può arrestarsi nella sua progressione entro il cavo del bacino o per ispossamento della donna, o perchè cada l' utero nell' inerzia, o per troppa rigidità, e secchezza delle parti genitali, o per leggera sproporzione relativa fra la testa e i contorni pelvici, o per non aver essa eseguito il debito moto di rotazione, rimanendo in situazione diagonale, o trasversale. 2.° Può l' insorgenza d' un emorragia, dell' eclampsia, la procidenza del funicolo di soverchio compresso necessitare la terminazione del parto quando già la testa sia discesa nello scavo; o almeno impegnata nello stretto addominale. 3.° Può la testa ricusare di scendere dopo l' uscita del tronco. (§ 105.)

121. Nei quali casi è d' uopo operare immediatamente sulla testa abbrancandola per mezzo del forcipe, trovati infruttuosi i mezzi, e le manovre altrove indicate.

122. Accade inoltre che la testa resti imprigionata nel contorno dello stretto addominale; e come incuneata. Dicesi incuneamento

o inchiodamento della testa quello stato di essa, nel quale dopo essersi impegnata nel margine pelvico non può più oltre progredire, nè girare sul suo asse restando coll' estremità d'uno dei diametri della circonferenza bregma-occipitale fissa ed immobile a due punti opposti del bacino.

L' inchiodamento così definitivo è rarissimo; e molti casi ad esso riferiti da ostetrici che ne avevano non retta idea, sono deviazioni della testa arrestata al passaggio. Come intendere di fatti che l' inchiodamento osservato ottocento volte da de Bruyn sia divenuto così raro dopo la definizione di Baudelocque che M. Lachapelle non avendolo mai osservato è giunta a negarne l' esistenza?

Quantunque l' inchiodamento accada quasi sempre allo stretto addominale, ha luogo pure talvolta nel cavo del piccolo bacino, quando questo a cagione della forma piatta del sacro si va ristringendo a forma di imbuto. Allo stretto addominale la testa s' incunea fra il pube e l' angolo sacro-vertebrale o col suo diametro biparietale, o col diametro bregma-occipitale: nel primo la faccia ora guarda il lato destro, ora il sinistro del bacino: nel secondo l' occipite ora corrisponde al pube, ora al sacro. Secondo alcuni s' incunea la testa anche col diametro mento-frontale presentandosi la faccia, ed in questo si offre la faccia ora colla fronte al pube, ora al sacro.

123. Si concepisce che l' inchiodamento presuppone sempre una leggiera sproporzione

assoluta o relativa fra la testa, e il diametro sacro-pube, e inoltre delle energiche e prolungate inefficaci contrazioni uterine. Quindi non può aver luogo se il bacino è oltremodo angusto; perchè allora la testa si arresta prima d' incunearsi.

124. Il solo segno caratteristico dell' inchiodamento è l' immobilità della testa dopo delle violente, lunghe infruttuose contrazioni. Se ne acquista maggior certezza riscontrando un mediocre grado di angustia nel bacino, e singolarmente nel diametro sacro-pube.

125. Gli effetti dell' incuneamento, ove non venga prontamente rimosso sono ammaccature delle parti molli compresse fra la testa, e il contorno pelvico, infiammazioni, ascessi con carie, diastasi, claudicazione, escare e cancrene delle pareti vaginali, e quindi le schifose fistole retto-vaginali, o vagino-vescicali nella madre; l' apoplessia, e la morte del feto.

126. Il forcipe solo può sconficcare la testa del feto vivente dalle pareti ossee del bacino.

127. Ecco le regole generali per l' applicazione di questo stromento.

1.° Le dimensioni de' diametri del bacino devono essere al di sopra di tre pollici. Imperocchè quantunque non si possa ricusare al forcipe una riduzione della testa di poche linee, questa però non potrebb' essere tollerata oltre certi limiti dalla massa encefalica del feto.

2.° Esso deve applicarsi sulle parti laterali della testa cioè lungo il diametro obliquo

di essa dall' occipite al mento, o da questo a quello in modo, che gl' orecchi sieno ricevuti entro le finestre delle cucchiaje.

3.° S' introduce quasi sempre prima la branca a perno, o maschia, indi la branca a incavo, o femmina: quella colla mano sinistra, questa colla destra.

4.° Solo nella posizione diagonale, o trasversale, nella quale l' occipite corrisponde alla parte laterale sinistra del bacino è più facile introdurre prima la branca femmina.

5.° Mentre con una mano s' introduce una branca, l' altra coll' estremità delle dita stese fra la testa e il contorno del canale pelvico dee precedere, e servire di guida fin oltre la testa del feto alla branca, che scorre fra i lati della testa e il palmo della mano distesa in vagina.

6.° Il forcipe deve dopo la congiunzione delle due branche dirimpetto alle ossa del pube dirigersi in modo che la nuova curva dell' orlo delle cucchiaje sia rivolta sempre verso l' arco del pube.

7.° Le trazioni si devono esercitare nelle direzioni degli assi.

128. Dovendo pertanto far uso del forcipe p. es. quando la testa è già nell'escavazione in posizione diretta: situata convenientemente la donna (§ 102.) si prende il manico della branca, a perno prima spalmato di grasso, colla mano sinistra come una penna da scrivere: la destra introdotta in vagina verso il lato sinistro del bacino serve di guida allo stromento:

indi inclinato il manico sull' inguine destro della madre, ed insinuata l' estremità della cucchiaja fra il lato della testa e il palmo della mano, si abbassa a poco a poco il manico, mandando dolcemente in alto la cucchiaja, finchè questa sia penetrata fino all'altezza di quattro pollici circa, e il manico condotto alla linea media del corpo. Allora per assicurarsi se la cucchiaja abbraccia convenientemente nella sua concavità il lato della testa, si trae a se la branca, e da una certa resistenza si ha argomento dell' essere debitamente collocata. Si da allora a sostenere ad un ajuto, per passare ad introdurre la branca femmina, o a incastro, la quale si prende colla mano destra insinuandola con le regole, e nel modo esposto per l' altra, e precorrendo la sinistra mano fra le rughe della vagina e della testa per evitare la deviazione della cucchiajca. Quando le due branche sono paralelle l' una all' altra s' avvicinano, e s' incastrano l' una nell' altra. Si impugna allora presso gli uncini il manico colla destra, e la sinistra si pone intorno alla congiunzione delle branche. Ora s' imprimono de' moti laterali lenti, graduati alla testa, e insieme un moto di abbassamento per disimpegnare l' occipite di sotto al pube, da prima secondando l'asse della vagina, e per ultimo alzando il manico verso il ventre della donna per disimpegnare il mento, quando la faccia è rivolta verso il sacro; abbassandolo lentamente verso il coccige quando la faccia è sotto il pube.

129. Nelle posizioni diagonali, o trasversali dopo avere applicate le due branche l' una dietro al foro ovale, l'altra dirimpetto all' incavatura ischiatica opposta, indi congiuntele, si comincia dall' imprimere un moto di rotazione alla testa da sinistra a destra, se l' occipite è al lato sinistro; da destra a sinistra se esso è al lato destro; e quando dall' essere il perno giunto rimpetto al pube si conosce ridotta la testa in posizione diretta, si compie l' operazione come sopra. Talvolta accade che non avendo determinato *a priori* la posizione diagonale, ed avendo applicato le branche dello stromento sui lati del bacino, la testa si volge da sè in situazione diretta nell' atto che si congiuangono le branche, e si ravvicinano fra loro i manichi; ovvero se la testa sia solidamente fissata, le branche s' inclinano spontaneamente, e quasi a mal grado dell' operatore sui lati della testa. Ciò spiegherebbe perchè la scuola Allemanna, la quale applica il forcipe sempre sui lati del bacino non abbia mai avuto luogo di pentirsi, e di allontanarsi da questo altronde non giusto insegnamento. Che se (come di rado avviene) s' incontri difficoltà a girare verso il pube l' occipite, si può anco estrarre la testa così come sta, cioè colla faccia rivolta verso una delle grandi incavature ischiatiche.

130. Nell' inchiodamento del diametro occipito-frontale, o bregma-occipitale si applicano le branche ai lati del bacino, s' introducono a maggiore altezza, si abbassano molto i

manichi verso il perineo; si smove e si rispinge un poco la testa nel gran bacino, ivi si porta in direzione diagonale, e in questa direzione si fa scendere nell' escavazione, ove giunta, per farle eseguire il moto di rotazione orizzontale, si porta a poco a poco l'orlo curvo delle cucchiaje dirimpetto alla sinfisi del pube. Allora si termina la manovra come nei casi precedenti.

131. Nell' inchiodamento del diametro biparietale applicando il forcipe sui lati del bacino, si verrebbe a contundere e travisare la faccia, e forse ad accrescere l' incuneamento aumentando il diametro biparietale colla pressione dell' estremità del diametro occipito-frontale; nè sempre si potrebbe compiere la estrazione della testa seguitando a tirare in quella direzione. Si dee dunque rispingere colla mano, se si può, collocarla diagonalmente e quindi afferrarla col forcipe. Se la mano non è abile a respingerla, si prende col forcipe, e in pria si smove, e si rispinge un poco; indi si applica lo stromento metodicamente sui lati della testa libera. Se l' occipite p. e. corrisponde a sinistra s' introduce la branca femmina con la mano destra: si fa penetrare la cucchiaja verso la sinfisi sacro-iliaca destra, finchè abbracci esattamente la fronte. Si principia allora a portarla verso la tempia del feto che corrisponde al foro ovale destro, o alla sinfisi del pube, secondochè la testa è in direzione trasversale o diagonale. In proporzione poi che le dita in vagina pre-

mono sull' orlo convesso della cucchiaja per condurla di dietro in avanti e da destra a sinistra, l' altra mano ne abbassa insensibilmente il manico fino a che esso riguardi il suolo. E mentre un aiuto lo mantiene verso la faccia interna della coscia sinistra, colla mano manca si applica la branca a perno. Si porta davanti al sacro, alzando il manico, ed inclinandolo verso il pube sinistro. A misura che la cucchiaja passa sotto la testa e lungo il sacro, si abbassa insensibilmente il manico fino al punto che il perno venga a congiungersi coll' incavo. Allora si prosegue l' operazione come nel caso precedente.

Altri insegnano, e fra questi Maygrier, e Velpeau di afferrare la testa fra la faccia e l' occipite, e tirarla a dirittura nell' escavazione, ed ivi togliere lo stromento per riapplicarlo convenientemente.

132. Alcuni sull' esempio di Smellie, e Barbaut, e mossi dai successi di Flament applicano il forcipe allo stretto superiore anche senza incuneamento della testa; ma la difficoltà di applicarlo, e la mobilità della testa renderanno generalmente preferibile la versione al forcipe. Solo quando l' utero estremamente serrato sul feto rende per un lato difficilissima e pericolosa la versione, e per l'altro impegnata, e più fissa la situazione della testa sembra giustificabile una tale condotta.

133. Quando la testa si presentasse coll' occipite rovesciato sul dorso, ognun vede che prima di applicare il forcipe converrebbe

raddrizzarla e colla mano, se è mobile, o se fosse arrestata, ed immobile, abbassando l'occipite colla leva (§ 111.)

Ciò mi sembra certamente preferibile all'abbrancare a dirittura la testa fra la faccia, e l'occipite col forcipe di Radfort, il quale ha una cucchiaja della forma ordinaria, e l'altra piatta e corta da applicarsi sulla faccia.

134. L'applicazione del forcipe dopo l'uscita del tronco è soggetta alle stesse regole finora indicate. Così nella posizione occipito-anteriore un ajuto solleva il corpo del feto verso il ventre materno, mentre si applicano al di sotto le branche sui lati del bacino, e della testa: e nelle posizioni diagonali il feto si alza verso l'inguine respettivo; avvertendo inoltre di fare che l'aiuto secondi il movimento del forcipe cambiando la direzione del corpo del feto, per evitare la torsione del collo, quando si conduce l'occipite sotto il pube.

135. Nelle posizioni occipito-posteriori benchè Baudelocque consigli di abbassare il feto verso il perineo, introducendo il forcipe al di sopra; trovo più conveniente alzare il feto, applicando il forcipe al di sotto. Imperocchè se la testa non fosse nell'escavazione, e fosse d'uopo abbassare il manico dello stromento verso il perineo per tirare secondo l'asse addominale, qual impaccio non recherebbe il tronco del feto? Bisogna inoltre procurare di agire collo stromento sulla fronte e sul mento, affinchè si abbassino per tempo sotto la sinfisi del pube.

CAP. 21.

Dei vizi d' organizzazione che richiedono l' uso degli strumenti vulneranti, in quanto sono d' ostacolo al parto

136. L' angustia del canale pelvico da un leggero difetto che appena è di ostacolo al parto, va fino a quel grado di stringimento che rende impossibile il passaggio del feto. Abbiamo veduto che, finchè la strettezza è nel diametro sacro-pube al di sopra di tre pollici e mezzo, il forcipe, o la stessa natura vagliono a vincere l' ostacolo, operando una leggera riduzione della testa, e allungandola in proporzione fino ad acquistare otto pollici di lunghezza. Il quale favorevole cambiamento, per altro non sempre sperabile, non può portarsi oltre certi limiti, senza produrre mortali pressioni alla massa encefalica. Egli è adunque evidente, che quando esiste una grave sproporzione fra il canale pelvico e la mole del feto, bisogna ricorrere a strumenti taglienti, i quali possono dirigersi o verso la madre, o verso il feto. Ma siccome non è permesso operare con questi sul feto, finchè non è certificata la sua morte, o la sua invalidità a vivere, così è mestieri innanzi tutto indicare i segni di morte del feto nell' utero.

137. Il giudicare della vita, e della morte di un feto nell' utero non è agevole cosa, co-

me a tutta prima parrebbe. La mancanza dei suoi moti nell' utero non prova la morte di esso. Quante volte infatti nasce un feto vivo, mentre la donna che il portava nel seno, non ne sentiva più i movimenti? E quante al contrario la gestante afferma, o sembrale di sentire i moti di un feto già morto, o che non ha mai esistito nell' utero? La prava qualità del fluido amniotico, o il fetore che esala dalla vagina e dall' utero non son pure indizio certo di morte (§ 28.) Lo staccarsi dell' epidermide sarebbe un criterio meno fallevole, se fosse possibile percorrere una gran superficie del feto; poichè del resto dallo staccarsi l' epidermido p. e. di un braccio procidente in vagina si può argomentare la parziale mortificazione di quell' arto, e non più. La gonfiezza elastica del cuojo capelluto increspantesi sotto la doglia, cinta del cingolo dell'orifizio uterino, essendo ritenuta per un segno positivo di vita, parrebbe la mancanza di essa potersi riguardare come segno di morte. Ma questo tumore dipendendo dal grado di stringimento dell' orifizio, e dal volume della testa, manca talvolta anche nel feto vivo. D' altronde non potrebbe un fluido elastico sviluppatosi per la putrefazione del feto, fare enfisema sulla testa? E nel feto vivo il sangue che, finche stagna nei capillari, forma congestione e tumore elastico, quando per rottura di essi oltremodo compressi effondesi nel tessuto cellulare, non forma allora tumore molle e fluttuante? L' uscita del meconio giudicata già

Viardel come indizio della morte del feto, non lo è già nella presentazione delle natiche. Ora siccome il feto può godere talvolta molta mobilità, e presentare succesivamente parti diverse all'orifizio, come determinare se la comparsa del meconio proceda dalla pressione esercitata sul basso ventre nella presentazione delle natiche, o dal rilasciamento degli sfinteri, che succede alla perdita della vitalità? La flaccidità e la cessazione permanente delle pulsazioni del cordone è causa ad un tempo, ed indizio della morte del feto; ma è troppo rara l'opportunità di esplorare il cordone per potersi giovare di questo mezzo diagnostico. La flaccidezza delle mammelle materne si ha pure per un indizio di morte; ma io posso assicurare d'averle talvolta trovate turgide e dolenti, come nei primi giorni di un puerperio. Si vede adunque non esservi propriamente segno caratteristico della morte del feto entro l'utero. La mancanza dei suoi moti, lo scarico del meconio o di un fluido fetente, i tegumenti del cranio flaccidi, edematosi, e distaccati dalle ossa, esse pure disciolte, la decuticolazione, l'avvallamento del ventre materno con senso di ballottamento, come di una massa che si muova in cavità a seconda delle posizioni che prende la gestante, la flaccidezza del suo seno, un senso di tristezza, l'occhio smorto e cinto di cerchio plumbeo, il pallore, un brividìo interrotto; questo complesso di fenomeni è appena bastante a fare giudicare della morte del feto. Imperocchè se tutti, o

molti di essi sussisteranno da molti giorni, non rimarrà dubbio alcuno: ma l' importante essendo determinare se viva o nò un feto, il quale costava esser vivo poco avanti il travaglio, manca quasi sempre un criterio sufficiente a chiarire se il feto sia morto o nò sotto il corso del travaglio per le difficoltà al parto. Laonde si comprende di quanta circospezione e titubanza è mestieri, prima di decidersi a mutilare come morto entro il seno materno un feto, senza avere posto in opera la mano, o gli strumenti innocenti.

138. Ma oltre la morte del feto, alcune malattie di esso riconosciute insanabili, e facienti ostacolo al parto (§ 68.) domandano l' uso degli strumenti vulneranti. Nelle quali condizioni del feto, la ragione e la morale comandano di agire violentemente su di esso, e risparmiare la madre. La quale chi potrà porre in periglio per la vita precaria di un feto o mostruoso, o perituro? Non sarebb' ella crudeltà presentarle per conforto dell' olocausto della sua vita un essere che ispira ribrezzo più che amore? Non così quando il feto è vivo e ben organizzato. In questi spinosi frangenti dell' arte si dee scegliere quel partito nel quale si racchiude la speranza di salvare due individui: così procedendo si ha spesso il rammarico, è vero, di non salvare nè l'uno ne l' altro, ma non si può dedicare ad una certa morte il feto per sottrarre la madre ad operazioni pericolose sì ma non essenzialmente mortali. Così l' aspettare con impassibilità la

morte del feto per dicerebrarlo è consiglio ributtato dalla ragione, e dalla morale. Ma qui non rimansi la trista condizione dell' arte. Talvolta è forza intraprendere gravissime operazioni sulla madre dirette ad estrarre per via artifiziale il cadavere di un feto, il quale non si è potuto estrarre neanche smembrandolo per le vie naturali: tanta è l' angustia di esse! Così quell' arte benefica che ieri vi dava il piacere di salvare col forcipe due vite ad un tempo, oggi vi riduce alla dura stretta di vederne perire forse pur due una appo l' altra. Tanto è vero che in questa mortale carriera niuna dolcezza è che non venga ben tosto amareggiata.

139. Dalle cose discorse si comprende che in questo genere di parti l' arte è ridotta, o 1°. a diminuire il corpo del feto, o 2°. a dilatare il passaggio delle vie naturali, o 3°. aprire una via artifiziale. Su queste tre generali indicazioni si aggirano i tre generi di manovre, che si eseguiscono con strumenti vulneranti. I mezzi diretti a diminuire il volume del feto si possono considerare sotto due aspetti. Nel primo si cerca di prevenire entro l' utero l' accrescimento del feto vivo in corso di gravidanza: Nel secondo di sminuire la mole del feto morto nell' atto del parto.

140. Se dai risultati pelvimetrici, o dell' esito delle precedenti gravidanze costasse, che la donna non può partorire naturalmente a cagione dell' eccessiva angustia del bacino, vi saranno eglino compensi per evitare il ta-

glio cesareo o la sinfisotomia? Io non parlerò dell' astinenza e del regime debilitante, a cui è stato creduto condannare la donna per impedire il molto sviluppo del feto: futile compenso agli occhi del fisiologo! E stato proposto di procurare l' aborto, ma la morale vieta l' atto inumano di distruggere un essere vivente rinchiuso nell' utero. Non mi sembra però potersi dire altrettanto del parto prematuro. Capuron, Baudelocque lo condannano. Io non sarei punto di questa opinione. È dimostrato che a sette mesi, o a ventotto settimane il feto è capace di vita: è dimostrato, che a quel periodo della vita intrauterina la sua testa è meno larga di un pollice, e soprattutto più flessibile in guisa da potersi conformare, allungandosi, alla trafila del bacino ristretto, purche l' angustia di esso sia fra i due pollici e mezzo, e i tre pollici.

Se dunque vi fosse un mezzo di anticipare il parto senza rischio manifesto della donna, o con rischio di gran lunga minore di quello del taglio cesareo, la ragione comanda di ricorrervi, la ragione che freme all' idea di aborto, e che vuole il salvamento, per quanto si può, della madre e del feto. D' altronde la stessa natura sembra indicare, e quasi guidare per mano al parto prematuro artifiziale; dacchè sonovi esempi non pochi di donne, le quali dopo avere partorito a termine di gravidanza feti morti per cagione di angustia pelvica, hanno poi dato in luce un feto vivo,

se il travaglio è stato anticipato di qualche mese, o il feto meno sviluppato.

Il miglior modo di condurre il parto anticipato credo che consista nella riunione di diversi compensi. Si potrà cominciare a dilatare e forse stimolare l' orifizio uterino con pezzetti cilindrici di spugna preparata o altra sostanza dilatante, gradatamente accresciuta, e mano mano rinnovata. La quale si può introdurre rinchiusa in una cannula da trequarti che serve di guida. Penetrata la cannula oltre l' orifizio uterino, si spinge con un maschio entro la cannula il cilindro di spugna fuori di essa; la cannula si ritira, rimanendo entro l' orifizio la spugna con un filo attaccatovi precedentemente, il quale pendente in vagina si fissa ad una coscia per ritirare la spugna, cessato il bisogno. E quando l' utero dia segni di contrazione, si favorisce la sua azione coll' amministrazione della segale cornuta, con fregagioni sul basso ventre, col titillare il collo, col distaccare l' uovo intorno all' orifizio, ed infine colla rottura delle membrane. Questa sola alle volte basta per provocare il parto. Secondo il Raffaelle una vescica introdotta in vagina, e ripiena d'aria è il mezzo più efficace per eccitare le contrazioni uterine, e provocare il parto.

141. Si opera sulla mole del feto morto variamente secondo lo stato e la situazione di esso. Per procedere all' estrazione di un feto morto si comincia dall' applicare il forcipe, supponendo che la testa sia quella che

faccia ostacolo all' uscita, sia che si presenti primitivamente, sia dopo l' uscita del tronco; e siccome verisimilmente la testa ammollita com' ella è dalla putrefazione, non offrirà sufficiente presa allo strumento, allora converrà ricorrere agli uncini. Questi s' infiggono verso il gran foro occipitale, se la testa si presenta la prima; verso la faccia cioè nell' osso mascellare, o sulla fronte, se la testa rimane dopo l' uscita del tronco. Nell' un caso e nell' altro il loco di applicazione dell' uncino ha per iscopo di fare scendere conforme al meccanismo del parto naturale il lungo diametro della testa, mentre applicato p. e. sulla faccia nelle presentazioni della testa tenderebbe a farla rovesciare all' indietro, incontrando difficoltà maggiori all' estrazione. Per proteggere le parti materne, bisogna opporre costantemente il pollice alla punta dello stromento, e con esso dirigerne l' azione.

142. Che se gli uncini non bastano, per essere la testa troppo sproporzionata, bisogna passare alla dicerebrazione. Per eseguire la quale si fa una larga incisione fra le suture o le fontanelle, ficcandovi un lungo bisturi fasciato sino in prossimità della punta, coperta essa pure con pallina di cera, e guidato sulla faccia palmare dell' indice; o le cisoje di Smellie, il cui tagliente dentellato corrisponde al dorso delle cisoje ordinarie. Aperto il cranio con ampia incisione crociata, si abbassano, o si introprimono i quattro lembi ossei, indi si evacua la polpa cerebrale colle dita, con cuc-

chiaje, aiutandosi eziandio con iniezioni. La testa una volta votata ristringesi a segno da poter essere espulsa naturalmente, se le contrazioni vigano ancora, e non siavi difetto sommo nella pelvi; o da potersi afferrare ed estrarre col forcipe. Possono eziandio bastare le dita curvate introdotte nell' aperto cranio; in caso contrario si adopera alcuno fra i diversi tirateste. L'Assalini ha riunito nello stesso stromento un largo trapanatore, e il tirateste. A. Baudelocque pure ha immaginato un forcipe piatto e pieno traversato nei manichi da una vite girata da un manubrio, colla quale ravvicinando i manichi si comprime, e si schiaccia la testa presa fra le morse dello stromento.

143. Nel caso d' idrocefalo, riconoscibile all' ampiezza straordinaria delle suture e delle fontanelle e alla mollezza del cranio simulante quasi il sacco membranoso, se la testa si presenta la prima, basta una semplice puntura nelle fontanelle o suture del vertice: se rimane dopo il tronco, si pianta lo strumento pungente verso il gran foro occipitale o lungo la sutura lambdoidea. Evacuato il siero, la mollissima testa si avvalla ed è espulsa, o si estrae senza certa difficoltà. — Lo stesso si farebbe parimente in caso d' ascite, o d' idrotorace.

144. Quando fosse rimasta entro l' utero la testa sola per essersi spiccato il tronco per inconsiderate violente trazioni, può riuscire talvolta estrarla con la mano: colla quale introdotta nell' utero si afferra la testa insinuando

due dita in bocca, e il pollice sotto il mento e dietro il moncherino del collo rimasto, si colloca diagonalmente, si abbassa il lungo diametro di essa; nello scavo si conduce l'occipite sotto il pube, e se ne compie l'estrazione con darle una direzione parallela all'asse vaginale. Ma se la testa per sproporzione col cerchio pelvico ricusa di scendere, converrà colla stessa mano rivolgere il vertice in basso, fissarla con le quattro dita ripiegate sulla base, il pollice sul bregma, ove si pianta una lancia tagliente, o il coltello di Deventer per vuotarla. Si potrà anche afferrare col forcipe, quando sia solidamente fissata o dalla mano, o dall'utero serratosi sovr'essa, che la impediscano di sfuggire allo stromento.

145. Il tronco decollato si può estrarre colla versione, se fosse tuttavia libero al di sopra dello stretto superiore: o sviluppando le braccia, e tirando su di esse; o, se fosse nello scavo si estrae o con uncini ottusi insinuati nel cavo ascellare, e nel peggior caso piantando un uncino acuto sullo sterno, e sul dorso.

146. Si allarga il passaggio pelvico per il feto col taglio della sinfisi del pube, o colla resezione dell' osso medesimo recentemente praticata. Si apre una via artifiziale col taglio cesareo, o isterotomia.

147 La sinfisotomia posta in voga da Sigault, che primo l' eseguì con pieno successo, inebriò per breve tempo gl' ostetrici. Ma poscia smentendo i fatti il buon esito, cadde in discredito, e fu soggetto di acri diatribe, come

di tutte cose avviene che non si assoggettano a principii positivi e determinati. Finalmente sembra ora stabilito dietro l' analisi comparative de' fatti il termine che circoscrive l' utilità di questa operazione. Baudeloque ha dimostrato con esperienze. 1°. Che il semplice taglio della sinfisi allontana un pube dall' altro solo da quattro a sei linee: 2.° Sollevando le due cosce ad angolo retto col tronco e portandole in deduzione, si ottiene un allontanamento di due pollici e mezzo, ma allora il periostio, i legamenti anteriori alla sinfisi sacro-iliache si lacerano, queste stesse si aprono, e si divaricano. 3.° Il diametro trasversale dello stretto superiore si aumenta sempre più di quello dello stretto inferiore, e ambo più dei due diametri antero-posteriori. 4.° L'allargamento dell' arcata del pube alla sua parte superiore è quasi sempre uguale all' allontanamento delle ossa. 5.° Malgrado l' allontanamento di due pollici e mezzo delle ossa del pube (alcune volte maggiore per la diastasi delle ossa generata dalla gravidanza) il diametro antero-posteriore dello stretto superiore non si allunga che di quattro o sei linee. Le quali resultanze sperimentali, comunque in parte contradette da Gardien, conducono certamente ad assegnare alla sinfisotomia il loco che merita. Qual vantaggio infatti sarà permesso sperare da essa, se il diametro sacro-pube, che è più spesso ostacolo al parto, sarà di due pollici e mezzo, o al di sotto? Il credere con Gardien che si possano guadagnare alcune li-

nce insinuando con la mano una gobba parietale nell' intervallo de' due pubi divisi è un errore. Imperciocchè (prescindendo dalla difficoltà di eseguirlo in tanta angustia del bacino) se l' una gobba parietale s' insinua entro lo spazio pubino diviso, l' altra riguarda il promontorio sacro, perciò la testa misura il minor diametro del bacino; se l' una si dirige verso una sinfisi sacro-iliaca, allora io non so come possa l' altro estremo del diametro biparietale insinuarsi fra i pubi divisi. Nè sarà meno vero che quantunque il diametro trasversale, e l' obliquo del bacino acquistino alcune linee di più del sacro-pube, non giovano a dar passaggio alla testa anche situata diagonalmente, quando il diametro sacro-pube non si allarghi in proporzione, checchè ne pensi in contrario Velpeau. Sembra adunque dimostrato che la sinfisotomia è solo praticabile, allorchè il diametro sacro-pube è di tre pollici circa, e che al di sotto è affatto inutile, quando non si vogliano scomporre le sinfisi, stracciare amplamente la cellulare del bacino, i legamenti sacro-iliaci, i legamenti inferiori della sinfisi del pube. Ma allora il facile passaggio del feto è a troppo caro prezzo comprato dalla madre, la quale oltre i pericoli di estese suppurazioni devastatrici del bacino può rimanere perpetuamente inabile alla stazione, e alla progressione. Sarebbe poi la sinfisotomia indicata in preferenza del taglio cesareo quando la testa fosse arrestata allo stretto inferiore troppo angusto; nè si potesse di là ca-

vare col forcipe; e singolarmente se il tronco fosse già uscito, e fosse d' altronde non dubbia la vita del feto. Nei quali casi coll' operazione cesarea non si potrebbe estrarre vivo il feto già disceso oltre l' orifizio uterino. Nè meno utile sarebbe in caso d' intropressione delle cavità cotiloidi, o di qualunque tumore incompressibile occupante i lati del bacino. Ma quando il diametro sacro-pube è al di sotto di tre pollici, è indicata l' isterotomia, se il feto è vivo; e la stessa è pure indispensabile, se lo stesso diametro sia fra le dodici e quindici linee, quantunque il feto sia morto.

148. Non si devono tuttavia credere invariabili, nè senza eccezione i limiti entro i quali abbiamo circoscritta la necessità di queste due gravi operazioni. Malgrado i nostri pelvimetri non si può sempre misurare esattamente il bacino, e quando ciò fosse possibile, ci mancano i mezzi per valutare con precisione lo sviluppo della testa non meno che il suo grado di solidità. Se le giunzioni delle ossa del bacino sono ammollite, e le sue ossa allontanate fra loro, se il distretto sia amplo da un lato, stretto dall' altro, e l' occipite s' impegni nella parte più ampla; se la testa sia arrendevole; se una gobba parietale per una forte inclinazione dell' asse dello stretto superiore discenda prima dell' altra, possono contro ogni espettazione uscire attraverso un bacino angusto feti d' ordinario volume, ed a termine. Infatti quante donne condannate già al taglio cesareo da rinomatissimi ostetrici, si sono poi sgravate senza

soccorso dell'arte di feti anche vivi? E quante volte si è ricorso alla sinfisotomia senza frutto, non potendo il feto uscire dallo squarciato bacino fuorchè per lo mezzo degli strumenti? Una importante considerazione è che riconosciuta una volta la necessità dell'isterotomia, vi si ricorra senza indugio, poichè è ragionevole il credere che l'esito quasi sempre mortale di questa operazione si debba non meno alla sfavorevole condizione della donna già spossata da inutili sforzi, e allo stato dell'utero già irritato, che alla natura stessa dell'operazione. Osservo inoltre che avendo l'esperienza dimostrato essere la sinfisotomia, per quanto limitata nella sua applicazione, meno fatale alla donna dell'isterotomia, dovrebbe perciò preferirsi in quei casi, nei quali il grado di strettezza del bacino permettesse di scegliere o l'una, o l'altra.

149. Ma nello stato attuale della scienza non si devono solo porre a confronto fra loro il taglio cesareo, e la sinfisotomia, ma eziandio col parto provocato. Velpeau crede che quando l'angustia pelvica è dai due pollici fino ai tre pollici e mezzo, sia permesso praticare il parto anticipato; perchè se nel primo caso il feto non è assai piccolo di volume da traversare un bacino così ristretto, ei morrà per le contrazioni uterine, incontrando così lo stesso destino, che lo attendeva, se non si fosse fatto il parto artifiziale: nel secondo il feto espulso fuor di tempo traverserà vivo e senza rischio il bacino, quasi come sarebbe accaduto

a termine di gravidanza; onde in ambi i casi il parto forzato sarà la migliore e più blanda risorsa dell' arte. Ma qui l' autore non sembra far differenza fra il parto naturale e il provocato, nel che ha torto. Il primo è frutto di una manovra violenta, l' altro è funzione naturale. E ciò è pure conforme all' esperienza, la quale ci dice che il parto provocato innocuo quasi sempre alla madre, è spessissimo fatale al feto. Nè la diagnosi del parto forzato soggiace in pratica a minori difficoltà delle altre due operazioni, perchè non si può precisare *a priori* l' età del feto, nè conoscere geometricamente il volume della testa, nè la sua riducibilità, nè il grado di strettezza del bacino. Se la donna abbia in più successive gravidanze avuto bisogno del soccorso dell' arte per estrarre il feto, il quale non si è tuttavia avuto mai vivo, e d' altronde si rilevi ciò doversi ascrivere esclusivamente a difformità del bacino, non vi ha dubbio offrire il parto provocato il più innocente compenso dell' arte; ma in una primipara non ci esporremo con esso o ad uccidere un feto che forse non uscirà dalle vie naturali se non che mettendolo in brani, o a levar morto un feto, che forse sarebbe uscito vivo, se non si fosse usata violenza all' utero? Velpeau crede che basti schivare i due estremi dei limiti anzidetti, e che in questi soli si dee aspettare che un primo parto chiarisca la diagnosi. Ma chi sarà da tanto da fissare questi estremi, chi garantisce, il ripeto, dal timore di distruggere nell' utero

un feto, che forse sarebbe uscito vivo, ove l' arte non avesse interposta una manovra violenta? Laonde io credo che la scelta fra il parto forzato, il taglio cesareo, e la sinfisotomia dipenda più dal concedere o nò una certa preminenza alla vita materna, che dal conoscere la perfetta convenienza di queste tre tristi risorse dell' arte. Tutte sono giustificate dalla ragione, ma l' appigliarsi all' una, o all' altra dipende dal calcolare molti elementi fisici e morali fin quì non bene determinati.

150. *Sinfisotomia* — Coricata la donna supina, rasi i peli del pube, e vuotata la vescica orinaria, l' operatore posto a destra fa con bisturi panciuto un' incisione longitudinale, che comincia alquanto al di sopra della sinfisi sulla linea alba, e si prolunga verso il clitoride, presso al quale però s' inclina un poco a sinistra fra il principio del gran labbro e la ninfa, ove separa eziandio dalla branca del pube la radice corrispondente del clìtoride. Divise così tutte le parti molli fino all' osso, s' insinua il tagliente fra le ossa per tagliare la cartilagine interarticolare dall' avanti all' indietro, avendo cura di evitare la lesione dell' uretra sottoposta: al quale intendimento un assistente per mezzo di una siringa, già innanzi introdotta, allontana a destra, e in basso il canale, mentre l' operatore dirige a sinistra il taglio della sinfisi, e del ligamento triangolare sotto-pubino radendo la branca discendente del pube.

151. *Taglio cesareo* — Vi sono diversi processi per eseguire quest' operazione relativa-

mente al luogo, e alla direzione del taglio. I più antichi insegnano di tagliare ai lati del ventre dalle coste spurie fin verso il pube in direzione or retta, or alquanto obliqua, ora semilunare. Moriceau, Solayres, Deleury in seguito hanno preferito di aprire per lo lungo la linea alba. Laveryat fece l'incisione trasversale dall' orlo del muscolo retto fin presso la spina. I quali diversi metodi nati successivamente l' uno per isfuggire i difetti dell' altro, conservano però tutti degl' inconvenienti: nè quello di Moriceau, benchè il più usato in Francia, e in Germania, si può dire migliore degli altri. Si rimprovera al metodo più antico il difetto di corrispondenza fra l' esterna incisione, e quella dell' utero; l' impossibilità di mantenere ravvicinati i labbri della ferita fatti da tre piani muscolari di differente direzione, il pericolo di tagliare l' arteria epigastrica, o suoi rami. Nel metodo mediano si corre rischio di ferire la vescica: gl' umori non hanno libero sfogo: la ferita non suscettiva di vera e solida cicatrizzazione lascia aperto il varco agl'intestini. Quello di Laveryat espone pure a ferire l' epigastrica, e benchè divida piuttostochè incida le fibre del trasverso, incide però quelle dei due obliqui. L'utero si affonda dopo l'operazione, e cessa affatto il parallelismo fra la di lui ferita e l' addominale. Il vantaggio del primo metodo è quello di prolungare senza rischio l' incisione e ottenere una miglior cicatrice. Quello del secondo di evitare le maggiori arterie, e traversare minor spessezza di

parti. Il metodo di Laveryat ha il vantaggio di tenere meglio ravvicinati i bordi della ferita. - Posta la donna sulla sponda del letto col petto e la testa un poco elevati, le gambe leggermente flesse, due ajuti sono specialmente destinati a fissare colle mani stese sul ventre la matrice, onde porre il fondo e i lati del viscere a contatto immediato colle interne pareti addominali, e fare sì che non s' insinui voluta intestinale tra l' uno e l' altre. L' operatore tende i tegumenti col pollice e le altre dita della sinistra, e con bisturì convesso fa un' incisione, la quale operando ai lati, si estende dall' estremità cartilaginosa della terza costa spuria fino presso il pube al di fuori del margine esterno del muscolo retto: operando sulla linea alba dal di sotto dell' ombilico fin sopra il pube per lo spazio di cinque o sei pollici. Si dividono strato a strato le aponevrosi, i muscoli, finchè giunti al peritoneo, e perforatolo vi s' insinua l' indice della sinistra, sulla guida del quale si prosegue l' incisione della membrana sierosa col bisturì bottonato fino ad avere pareggiato quella de' tegumenti. Scoperta la matrice si apre con cautela il corpo e fondo di essa parallelamente al taglio addominale, e nell' apertura s' insinua pure l' indice sinistro, il quale serve di guida al bisturì bottonato per ingrandire l' incisione. Se il sacco delle acque fosse ancora intatto, bisogna allora maggiormente usare cautela in chiudere le pareti addominali addosso all' utero, per impedire il versamento dell' acque nel ventre;

ovvero si potrebbe seguire il consiglio di Planchon di rompere le membrane dalla parte della vagina. Se si presentasse sotto il coltello la placenta, si stacca da un lato dopo avere compito il taglio della matrice. L' estrazione del feto si fa con le stesse regole e precauzioni che nel parto naturale. Il consiglio di Planchon di estrarre la placenta per la vagina ripassando il funicolo attraverso alla ferita per mezzo d' un tubo elastico, allunga l'operazione senza vantaggio. Tanto più che la matrice contraendosi tosto, fa sì che la secondina s' insinui tra i labbri della divisione, la quale si ristringe d' assai.

152. Physich, e Baudelocque M. spaventati dai pericoli dell' apertura del peritoneo, ed avendo trovato che nello stato di gravidanza il peritoneo è facile a distaccarsi dalla vescica e dall' ambito del collo uterino, hanno pensato che per mezzo di un' incisione orizzontale, o semilunare praticata immediatamente al di sopra del pube a seconda dell'arco crurale, si potrebbe staccare questa membrana, ed arrivare sul collo dell' utero senza ledere il peritoneo. Allora il primo dei citati autori apre il collo dell' utero, l'altro divide l' estremità superiore della vagina, indi cerca di attirare per mezzo d' un dito l' orifizio uterino all' infuori per metterlo in corrispondenza colla fatta apertura. L' esperienza non ha pronunziato su questi metodi. Ma si può giudicare che quell' esteso snudamento della fossa iliaca, e la difficoltà all' uscita od estrazione del feto per quell'in-

cisione sien per rendere quest' operazione non meno grave dell' usuale isterotomia.

153. L' incisione o sbrigliamento del collo uterino è richiesta tutte le volte che l' ostacolo al parto dipende unicamente dallo stato di questa parte. Quindi la sua durezza cartilaginea, callosità, scirrosità, la coartazione, il prolasso uterino la rendono quasi indispensabile. Io credo però che generalmente parlando si sia oggi ricorso con troppa sollecitudine a quest' operazione, e che molti casi di rigidità non morbosa della fibra uterina sarebbero stati superati dalla natura, la quale se non serve sempre all'ostetrico, opera però con lentezza la dilatazione. Perciò nei casi di un' evidente necessità non si adotterà che come estrema risorsa, cioè dopo avere invano cercato coi bagni, collo zaffo, e coi salassi di mollificare il cerchio del collo uterino.

Essa si fa introducendo a piatto sulla guida dell' indice un bisturì bottonato fino oltre l'orifizio. Allora se ne alza il tagliente, se ne rivolge il dorso verso la testa del feto, e si fende dall' indentro in fuori il cingolo dell' orifizio uterino, o con una sola incisione o meglio moltiplicandole in diversi sensi, come fecero Moscati, Palletta, Bongioanni, seguiti poscia da altri stranieri.

154. Nell' obliquità considerevole dell'utero, dove non si può ricondurre al centro pelvico il collo aderente al fondo vaginale, bisogna pure aprire una via artifiziale al feto coll' isterotomia vaginale. Forse molti esempi di occlusione del-

l' orifizio uterino non erano che forti deviazioni del viscere, nelle quali l' orifizio era inaccessibile. Ma sia che esso trovisi obliterato, sia che non si possa ricondurlo al centro, l' indicazione è di aprire la parete uterina presso al segmento inferiore. In questo caso si usa un bisturì panciuto, o retto non bottonato fasciato fino presso la punta, il quale s' infigge nella parete uterina che si presenta verso il centro del bacino. Penetrati nell' utero con piccola incisione, s' introduce l' indice nella fatta apertura, sulla guida del quale s' ingrandisce la ferita con bisturì bottonato. Tagliando dall' avanti in dietro vi è rischio di ferir la vescica, o la falda del peritoneo, volendo fare sufficiente incisione, la quale non deve esser minore di due pollici. Tagliando in traverso si evitano questi rischi. Forse qui pure sarà utile incidere in varie direzioni.

155. I tumori fibrosi, o cistici del bacino, quelli dell' ovaja discesi ad occupare l' escavazione, l' adesione delle gran labbra, la presenza dell' imene ingrossato, ed altri vizi delle parti molli del bacino (§ 14.) mi sembrano offrire indicazioni così evidenti e facili ad afferrarsi da ogni Chirurgo guidato dalle regole generali dell' arte, che stimo opera superflua il trattenermivi.

CAP. 22.

Di alcuni accidenti dopo il parto

156. Gli accidenti, che più sovente intervengono all' atto del parto, o poco dopo sono 1°. lo strappo del perineo: 2°. il rovesciamento dell' utero: 3°. il trombo del gran labbro. 4°. la febbre puerperale.

157. Le avvertenze raccomandate (§ 50.) non bastano sempre nelle primipare singolarmente, nel parto precipitoso, o nell' artifiziale ad impedire la lacerazione del perineo. La quale può avvenire sotto tre forme ben diverse. Nella prima si lacera la forchetta con porzione di questo tramezzo muscolo membranoso, restando intatta porzione di esso verso l' ano. Nella seconda si straccia tutto intero questo spazio compresovi porzione del setto retto-vaginale, non che lo sfintere, aprendosi così comunicazione fra l' orifizio vaginale, e l' imo intestino. La terza è una singolare specie di lacerazione non avvertita, o non osservata che in questi ultimi tempi. — Evvi una singolare disposizione del perineo, per la quale prolungandosi molto in alto e in avanti il suo margine anteriore, viene quello a formare un cul di sacco assai profondo circoscritto dal margine anteriore dell' ano all' indietro. L' ostio vaginale è molto più alto in avanti verso la sinfisi; la vulva più stretta. Ora se avvenga che nel travaglio la testa si trattenga di so-

verchio in quest' insaccamento, e vi resti avvolta, quando le contrazioni uterine sieno violente, invece di svilupparsi dall' apertura vulvare, può rompere l' integrità di questo sacco estesissimo, e uscire da quest' apertura accidentale fatta nel centro del perineo, restando quasi sempre intatto il suo bordo anteriore e l' ano. È a questo modo di lacerazione che si è dato il nome di lacerazione centrale del perineo.

158. Essa è favorita, come dissi, dal prolungarsi molto in avanti lo spazio perineale, dall' essere troppo lunga la sinfisi del pube, o poco aperto l' arco, dalla forte inclinazione dello stretto addominale, dall' estensione del diametro pube-coccigeo sia per esser poco curvo il coccige, sia per essere prominente l' angolo sacro-vertebrale, ed è più facile nelle posizioni occipito-posteriori. Tutte le quali disposizioni tendono a spingere la testa all'indietro.

159. Gli effetti delle estese lacerazioni, quando ne partecipa l'estremità del setto retto-vaginale, sono l' incontinenza delle fecce, col loro passaggio in vagina; e il disporre l' utero al prolasso.

160. La lacerazione del perineo curasi nei casi più semplici col mantenere le cosce ravvicinate, colla positura in fianco, colla nettezza, e colle frequenti lozioni; e nei casi peggiori accompagnati da vasto e profondo guasto, colla sutura. Noel usò la sutura attorcigliata. Saucerot quella a sopraggitto. Montain l' inca-

vigliata. Il professore Biagini pure, a cui dobbiamo una eccellente memoria su quest' articolo, si valse con buon successo dell' incavigliata. A me sembra che la prima fatta con aghi grandi, e un poco curvi colla concavità in avanti possa ad ogni altra preferirsi per la esattezza del combaciamento, la quale è sommamente necessaria in parti irrorate dallo scolo dei lochj. I quali poi si procurerà sviare più che è possibile per qualche giorno col tener la donna boccone.

161. Sotto gli sforzi del parto rompendosi qualche vaso sanguigno, si effonde talvolta rapidamente tanto sangue nella lassa cellulare della spessezza delle grandi labbra da presentare considerevole tumore. Il suo color livido ha qualche volta ingannato simulando gangrena. Ma la maniera del suo comparire, e l'assenza d' ogni indizio di preceduta affezione a quelle parti devono bastare a distinguerlo. - La cura si comincia colle applicazioni fredde resolutive e con leggiera compressione. Che se rimanesse irresolubile, se ne procura il vuotamento coll' apertura, la quale è da differirsi sempre anche quando il tumore fosse di gran volume, sì per la speranza del riassorbimento, sì perchè aprendo al primo apparire del tumore potrebbe continuare l' emorragia per la recente rottura dei vasi, i quali aspettando si troverebbero obliterati. Velpeau consiglia la pronta apertura, poco sperando nella risoluzione, e nulla temendo per l' emorragia. Ma la possibilità dell' una e dell' altra essendo mo-

strata dal fatto, mi par giusto il differire l'apertura, finchè non sia tolto il pericolo dell'emorragia, e la speranza della risoluzione. Essa avvenne pure in un vasto trombo che osservai in una contadina, e che dietro i timori ispirati dal Monteggia ricusai di aprire. Vero è che col troppo dilazionare, il tumore si può infiammare e suppurare, ma questo cambiamento non è di certo scapito, perchè anco quando apresi sollecitamente il tumore, al votamento del sangue ne succede una qualche suppurazione, la quale ritarda assai il chiudimento della ferita. Il solo caso che renderebbe necessaria la pronta apertura sarebbe quando il trombo fosse d' impaccio all' uscita del feto.

162. Nel rovesciamento dell' utero si abbassa il fondo del viscere, e presentasi all' orifizio; o esce anche interamente rovesciato dal medesimo, cadendo tutto in vagina, e fin anche oltre le vulva. Accade particolarmente quando l' utero essendo nell' inerzia, l' orifizio molto aperto, si fanno violente inconsiderate trazioni sul funicolo, o per estrarre la placenta, o quando si porta la mano nell' utero per distaccarnela.

163. Si riconosce ad un tumore repentinamente comparso di forma emisferica senza apertura centrale, attorniato alla base dall' orifizio uterino, il quale forma all' intorno un cercine circolare. Inoltre premendo sull' ipogastro, invece di sentire il globo duro, fatto dall' utero contratto, si trova un insolito vuoto. Se poi il rovesciamento fosse completo, il tumore è ovoi-

dato, la superficie è rossa, vellutata, gemente sangue, e cosperea di grumetti al luogo ove si attacca la placenta, i quali danno alla massa un color nereggiante quasi simulante cancrena. Scorrendo col dito fra l' orlo dell' orifizio e la radice del tumore, non si trova luogo da insinuare il dito tra l' orifizio e il corpo che sorte.

464. Si comprende di leggieri che la cura del rovesciamento dell' utero consiste nel riporlo prontissimamente, perchè il ritardo eziandio di poche ore può rendere la riposizione impossibile, gonfiandosi il corpo rovesciato, e stringendovisi attorno l' orifizio. Bisogna perciò colla punta di alcune dita applicate sul centro del tumore fatto dal fondo del viscere, rispingerlo in alto, passando per l' orifizio, e accompagnare il tumore nel bacino fino a che si conosca avere l' utero ricuperata la forma e sede naturale. E nel tempo che così operando si riconduce all' interno la mucosa, all' esterno la peritoneale, si respinge altresì tutta la massa comprimendo un poco il collo. Riposto poi il viscere, si dee mantenere in sito col proibire alla donna di ponzare per orinare o andare di corpo, coll' allontanare, o moderare la tosse, il vomito. ec.

Che se dopo riposto, l'utero persistesse nell' inerzia, e l' orifizio tardasse a contrarsi, per cui si temesse novellamente si rovesciasse, sarebbe bene il tener dentro l'utero le dita fino a che desso si senta contratto in tutte le sue parti.

165. La febbre puerperale è così strettamente connessa col parto artifiziale, e così subitamente e spesso li succede, che ho estimato debito il trattarla quale uno degli accidenti primitivi che conseguono al parto.

166. Essa assale singolarmente le puerpere delicate irritabili, già maldisposte da una gestazione non prosperosa, da tristi cure dell'animo; ed è propria di alcune stagioni, o costituzioni dominanti. Un terrore improvviso, la subita impressione del freddo singolarmente sull' estremità inferiori, gli errori di regime, l' istesse perdite uterine, la soppressione dei lochj, le operazioni tocologiche, i corpi estranei rimasti, o trattenuti entro la matrice, l'assorbimento di alcun umori, il soggiorno prolungato d' un feto morto entro il seno materno; tali sono le cause principali che la determinano, o vi dispongono.

167. Si annunzia con tremito di breve durata, cui succede ben tosto calore con polsi piccoli, frequenti, accompagnato da dolori addominali, meteorismo, sensibilità, ed intolleranza delle pareti addominali, vomito, diarrea, soppressione dei lochj, avvizzimento delle mammelle, pelle secca urente, mordicante. Ben presto succedono la dispnea, l' iscuria: quindi se la malattia volge a buon termine dopo pochi giorni si apre una buona diaforesi, si ristabiliscono i lochj, si avvalla il ventre con presagio di guarigione. Ovvero si spiegano i sintomi d' una febbre tifoide; o si aggrava sempre più il petto con segni di versamento, e

congestione polmonare: ovvero si manifesta il singhiozzo, l'ansietà con infine i segni di cancrena nel basso ventre.

168. Quindi si trovano ne' cadaveri il peritoneo rosso, sparso di granulazioni, ispessito, coperto di pseudo-membrane, esulcerato, cancrenato, e copiosa raccolta nel ventre d' un siero fetente, talvolta lattiginoso, o con misti fiocchi di fibrina natante; talvolta strati di linfa sparsi sulla superficie peritoneale degli intestini, o su quella dell' utero; talvolta le vene uterine per lungo tratto turgide di sangue grumoso o di pus, ispessite, la loro tunica interna fungosa, esulcerata, coperta di strati concentrici fibrinosi, facilmente distaccantesi. Altre volte versamenti nella cavità delle pleure, o l' idro-polmone.

169. Ma la natura della febbre puerperale non è bene determinata. Dalle resultanze autopsiche or accennate parrebbe ragionevole argomentare essere d'indole flogistica; ma a questa opinione non si arrendono coloro che non trovano sempre l'intensità della flogosi proporzionata a quella della malattia; nè coloro cui non corrispose il metodo antiflogistico come nelle genuine flemmasie.

Levret, Puzos, Le Roy credevano riporsi la natura della febbre puerperale in una infezione del sangue prodotta da alterazione dei lochj, o latte retrocesso. Sarebbe veramente un impugnare i fatti il negare, come i troppo ligj al dinamismo vorrebbero, il negare, io dissi, che intervengano metastasi di materia. Io non

vorrò certo attribuire ai lochj, e al latte tutti i disastri di che sono stati accusati dai preteriti patologi. Anzi convengo che la soppressione di queste due secrezioni sia quasi sempre effetto della forte irritazione morbosa. Ma quando i più gravi disordini si manifestano dopo la repentina scomparsa di essi, come si potrà rifuggire dal riconoscere qual causa efficiente della malattia una metastasi di essi ai visceri importanti? Gli annali dell' arte son pieni di esempi di pleuriti, meningiti, peritoniti, comparse in un baleno dietro la retropulsione dei lochj, rapidissimamente fatali. Si osservano nelle puerpere varie apparenze morbose, le quali non assolvono questi umori dall' essere gran parte de' loro mali. Nè sarebbe irragionevole il credere che l' eruzione miliare, sì frequente nelle puerpere abbia relazione con ispeciale alterazione di questi umori. Borsieri ha raccolto invero autorità ed argomenti per provare l' indole essenziale di questo esantema; ma il vederlo quasi sempre connesso collo stato puerperale dà fortissima presunzione non iscaturire esso che da accidentale espulsione di un principio acre eliminato dalla massa circolante, quando l' uno o l' altro degli anzidetti umori alterati, ed assorbiti si tramischiano al sangue.

Bufalini ammettendo uno stato di speciale dissoluzione nella gravidanza, il quale prepari nelle gravide un eccesso di umori sierosi ed albuminosi, si è più che altri allontanato dall' idea dell' indole flogistica della febbre in di-

scorso. Ma checchè sia dei suoi processi dissolutivi, e senza cercare qui quanta parte facciano di altre malattie, non mi pare certamente che nella febbre di che si ragiona, vagliano a mettere in chiaro la sua natura. E primieramente parmi di grave peso la considerazione che il sangue di una gestante è quasi sempre coperto di fibrina; al quale fenomeno costante nella gestazione se aggiungiamo il lavorio, che la natura sta fabbricando nell' utero, dinotante tutta esuberanza di azione vegetativa, più volentieri ci persuaderemo che l' assimilazione organica muliebre nello stato di pregnezza lungi dal presentare la ridondanza di umori sierosi, albuminosi, ci offre i caratteri di una plasticità accresciuta, di un fecondo rigoglio nelle azioni organiche così ben ravvisato da dotti patologi, che da questa condizione trassero i primi fili d' induzione sulla natura della flogosi. E son queste risultanze dei fatti. Ma il dedurre la degenerazione sierosa dalla mollezza della compage femminile (1) dallo scolo dei lochj, dal ptialismo, dall' edema delle gravide, da versamenti sierosi verificati nelle autopsie son concetti poco conformi alla sana patologia. Del resto il non essere i risultamenti cadaverici proporzionati alla intensità della malattia parrebbemi argomento insufficiente ad escludere la flogosi, o a riguardarla come epifenomeno, quando si conceda il loco a certe speciali flogosi di perversa natura, che alimentate

(1) Patologia Analit. Cap. XVII. §. 54.

o prodotte da sostanze di natura irritante, oltre i manifesti e palpabili effetti, attaccano solidi e fluidi con occulto modo di chimica azione.

Per le quali cose mi sembra più consono al vero il credere la condizione della febbre puerperale come essenzialmente inflamatoria. Ma la sua sede non è sempre la medesima; e la diversa sede, o condizione patologica spiega i diversi fenomeni, de' quali si veste. Così quando la malattia si mostra con quella frequenza di polsi minutissimi, quell'ansietà, quella prostrazione, quel calore poco accresciuto, quel colore lucido cereo che sono propri delle flebiti, mancando d' altronde gl' indizii di altri attacchi parziali, è verisimile riporsi in una flebite uterina, ed allora la malattia mostra eziandio quella reluttanza e indocilità al metodo antiflogistico che è propria della flebite idiopatica. Se essa attacca donne leuco-flemmatiche, prevalendo sulle membrane sierose, tende ai versamenti sierosi così familiari alla flogosi di natura risipelatosa. Che se avvenga infine che il processo flogistico si getti sul sistema nervoso di donna delicata e sensibile, prende allora la forma della tifoide. E già l'illustre Borsieri assegnava diversa origine e sede alla febbre puerperale, concludendo « *non unam febris puerperalis causam, sed fortasse aliam atque aliam constituendam esse, ac proinde non unum ejusdem genus, sed plura.*

Tale mi sembra l' aspetto, nel quale si dee presentare la febbre puerperale: tale il modo di conciliare ed intendere le diverse opinioni sulla sua etiologia: tale il metodo di stabilire la sua condizione essenziale sull' anatomia patologica.

170. La cura della febbre puerperale è appoggiata massimamente alle sottrazioni sanguigne generali e locali, alle fomentazioni emollienti, alle bevande temperanti, agli oleosi, ai leggieri ecoprottici. L' uso del calomelanos cogli estratti virosi tanto commendato dagl' Inglesi è pure indicato quando è frenato co' salassi il primo impeto della infiammazione. Le frizioni mercuriali sull' addome ad alta dose vantate recentemente da Vandanzande, e da Velpeau, se possono essere di una decisa utilità, lo saranno per favorire l' assorbimento degli umori già versati, quando la flogosi tende all' esito del versamento, e dopo avere troncato co' salassi la violenza del male. È ciò tanto vero che i suddetti pratici le hanno impiegate o dopo aver fatto precedere i salassi, o di concerto co' virosi, e co' rilassanti. Ma troppo lenta è l' azione di questo rimedio, e troppo rapido il corso della malattia, perchè sia permesso sperarne confermati que' buoni successi che i medesimi dicono averne ottenuti.

Del resto coloro che dannano il metodo antiflogistico, od hanno impiegato con profitto la canfora, la china, l' olio essenziale di trementina ec. hanno confuso la febbre puerpe-

rale con febbri d' altro genere, dalle quali le puerpere, come ogni altro individuo, non possono andare esenti. Esse soggiacciono in particolar modo a diverse forme da febbri subcontinue perniciose. I cruci dell'animo, lo stento vi dispongono singolarmente le donne sensitive, che sonosi abbandonate a illegittimi concepimenti.

INDICE